

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología General



TESIS DOCTORAL

**Análisis de los componentes implicados en el entrenamiento
en cama seca (dry bed training) utilizado en corrección de
la enuresis nocturna**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

María del Carmen Bragado Álvarez

Madrid, 2015



TP
1983
155

x - 53 - 003951 - 6

María del Carmen Bragado Alvarez

ANALISIS DE LOS COMPONENTES IMPLICADOS EN EL ENTRENAMIENTO
EN CAMA SECA (DRY BED TRAINING) UTILIZADO EN CORRECCION
DE LA ENURESIS NOCTURNA

Departamento de Psicología General
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
1983



BIBLIOTECA

Colección Tesis Doctorales. Nº 155/83

© M^a Carmen Bragado Alvarez
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1983
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-21433-1983

Existe un ejemplar original de esta Tesis Doctoral en el Archivo General Universitario, Noviciado, 3, Madrid-8, para su consulta; en él se pueden apreciar con mayor detalle los gráficos, láminas, mapas y demás partes de la misma.

ANALISIS DE LOS COMPONENTES IMPLICADOS EN EL
=====
ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA (DRY-BED-TRAINING)
=====
UTILIZADO EN LA CORRECCION DE LA ENURESIS NOC
=====

TURN A
=====

Trabajo realizado por M^a DEL CARMEN BRAGADO
ALVAREZ para la obtención del grado de Doc-
tor, bajo la dirección y supervisión del

Dr. JOSE LUIS PINILLOS DIAZ

Madrid, 1982

A mi familia y en especial a mis
padres y hermanos.

AGRADECIMIENTOS

=====

Quisiera expresar aquí mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que con su ayuda han hecho posible que este trabajo llegara a su fin.

José Luís Pinillos ha rebasado su labor de Director, ofreciéndome no sólo sugerencias teóricas y prácticas sino también el apoyo y ánimo moral, dignos de un amigo.

Jesús Amón, José M^a Arredondo, Charo Martínez y Vicente Ponsoda, me ayudaron en diferentes aspectos del Análisis de Datos.

Mis amigos, Psicólogos expertos todos ellos, M^a Josefa España, Paloma del Hierro, Angel Puerta, Fernando Riquelme y Angeles Ruiz, han colaborado en los aspectos menos gratos de la investigación, selección de la muestra y cálculos estadísticos.

Ninguna frase, por muy grandilocuente que fuera, serviría para expresar suficientemente la ayuda que mis hermanos, Ignacio y Conchita, me han ofrecido. Al primero le debo la realización de los Gráficos, y a la segunda, la lectura atenta del manuscrito, su mecanografía, así como su disponibilidad incondicional en todos aquellos momentos en que la he necesitado.

Por último, deseo agradecer a todas aquellas personas, no mencionadas aquí, que, directa o indirectamente, han contribuido a que este estudio fuera posible.

I N D I C E

=====

1.-	<u>INTRODUCCION</u>	<u>Página</u>
1.1.-	Concepto y Clasificación de la Enuresis Nocturna ,.....	3
1.2.-	Incidencia	6
2.-	<u>REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS Y LAS FORMULACIONES TEORICAS DESARROLLADOS POR LA TERAPIA Y MODIFICACION DE CONDUCTA EN EL ESTUDIO DE LA ENURESIS NOCTURNA</u>	
2.1.-	EL METODO DE LA ALARMA ANTE LA ORINA	
2.1.1.-	El procedimiento de MOWPER : Características y Fundamentos Teóricos	12
2.1.1.1.-	Descripción técnica e instrucciones para el uso del aparato de alarma. La modificación de CROSBY (1950)	18
2.1.2.-	Interpretación del Método de la Alarma en términos del Condicionamiento Operante. - La aportación de LOVIBOND (1963, 1964) ..	23
2.1.2.1.-	Interpretación del Método en términos de castigo	33

	<u>Página</u>
2.1.3.- Resultados Experimentales. Efectividad del Procedimiento de la Alarma	38
2.1.3.1.- Comparación con otros métodos de Tratamien- to	41
2.1.4.- Procedimientos diseñados para controlar — las recaídas	47
2.1.4.1.- El Sobreaprendizaje. Resultados Experimen- tales	48
2.1.4.2.- El Refuerzo Intermitente. Resultados Expe- rimentales	53
2.1.5.- Evaluación General. El Problema de los Fra- casos	59
2.2.- ENTRENAMIENTO EN RETENCION VOLUNTARIA DE — ORINA. EL PROCEDIMIENTO DE KIMMEL	
2.2.1.- Descripción y Fundamentación Teórica	70
2.2.2.- Resultados experimentales sobre diferen — cias en Capacidad Funcional de Vejiga en — tre sujetos enuréticos y no enuréticos ..	73

III.-

	<u>Página</u>
2.2.3.- Efectividad del Entrenamiento en Retención. Resultados Experimentales	81
2.2.4.- Resumen y Evaluación	93
2.3.- EL ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA	
2.3.1.- Características y Fundamentos Teóricos ...	98
2.3.2.- Eficacia : Resultados Experimentales	113
2.3.3.- Modificaciones al Método original y Resulta dos Experimentales	120
2.3.4.- Resumen y Evaluación	135
3.- PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO =====	143
4.- METODOLOGIA =====	
4.1.- SUJETOS	150
4.1.1.- Selección de la Muestra	150

IV.-

Página

4.1.2.-	Características y Descripción de la Muestra	156
4.2.-	MATERIAL UTILIZADO	179
4.2.1.-	Aparatos	179
4.2.2.-	Cuestionarios	180
4.3.-	DISEÑO EXPERIMENTAL	183
4.4.-	PROCEDIMIENTO	188
4.4.1.-	Medidas Pretratamiento. Línea de Base	189
4.4.2.-	Tratamiento	200
4.4.2.1.-	Entrenamiento en Cama Seca Completo (E.C.S.1)	203
4.4.2.2.-	Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma (E.C. S. 2)	207
4.4.2.3.-	Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma ni — Práctica Positiva (E.C.S. 3)	208
4.4.2.4.-	Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma, Práctic tica Positiva ni Despertar Escalonado (E.C. S. 4)	208

V.-

Página

4.4.3.-	Medidas Postratamiento	210
---------	------------------------------	-----

5.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

=====

5.1.-	ANÁLISIS SOBRE EL EFECTO DE LAS CUATRO FORMAS DE TRATAMIENTO EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES : FRECUENCIA DE ENURESIS, CAPACIDAD DE VEJIGA Y DESPERTAR.	
5.1.1.-	Análisis de Posibles Diferencias entre los Grupos Experimentales en la Línea de Base ..	248
5.1.2.-	Diferencias Intragrupos entre las Medidas Pre y Postexperimentales	260
5.1.3.-	Relaciones entre los distintos Indicadores de las Variables Dependientes	269
5.1.3.1.-	Relaciones entre la Estimación de los Padres sobre Frecuencia de Enuresis y las Medidas obtenidas en la Línea de Base	272
5.1.4.-	Diferencias Intergupo de las tres Variables Dependientes	275

VI.-

	<u>Página</u>
5.2.- ANALISIS SOBRE LA EFICACIA DE LOS COMPO - NENTES IMPLICADOS EN CADA UNO DE LOS TRA- TAMIENTOS	297
5.2.1.- Porcentaje de Sujetos que obtiene el Cri- terio Inicial de Exito	297
5.2.2.- Duración del Tratamiento	299
5.2.3.- Frecuencia de aparición de la Conducta — Problema (Enuresis) durante el Tratamien- to	302
5.2.4.- Mantenimiento de la Continencia durante - el Seguimiento	303
5.3.- PERCEPCION DE ASPECTOS MOLESTOS DEL PROCE- DIMIENTO EXPERIMENTAL	310
6.- <u>DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES</u>	
6.1.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS	317
6.2.- RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES	332

VII.-

Página

7.- A P E N D I C E S

Nº 1.- Modelos de Registros utilizados para efectuar la recogida de datos	338
Nº 2.- Cuestionarios	347
Nº 3.- Guía de Entrevista Infantil	368

8.- B I B L I O G R A F I A 372

001

1.- INTRODUCCION
=====

1.- INTRODUCCION

1.1.- Concepto y Clasificación de la Enuresis Nocturna.

1.2.- Incidencia

I.- INTRODUCCION

=====

La enuresis nocturna es, casi con seguridad, uno de los problemas infantiles que se presentan con más frecuencia en la Práctica Clínica. El trabajo de MOWRER y MOWRER (1938) en el que se ofrecía la posibilidad de solucionarlo mediante la aplicación de una técnica desarrollada en base a los principios de la Teoría del Aprendizaje, es considerado, en la actualidad, como uno de los pioneros en la Historia del Movimiento de la Terapia y Modificación de Conducta.

La extensa investigación realizada desde esta orientación y los buenos resultados experimentales conseguidos, justifican, como muy bien han señalado algunos autores (YATES, 1970; DOLEYS 1979), la interpretación de la enuresis como un déficit de aprendizaje, así como la aplicación de procedimientos conductistas derivados de la Teoría del Aprendizaje para su corrección y explicación.

1.1.- Concepto y Clasificación de la Enuresis Nocturna

La enuresis nocturna ha sido definida como una descarga involuntaria y persistente de la orina durante el sueño, cuando no existen indicios de una patología orgánica manifiesta (LOVI BOND, 1964; YATES, 1970; TURNER, 1973; DOLEYS, 1977).

No existe acuerdo acerca de la edad a partir de la cual un niño que sufre este problema deba ser diagnosticado como — enurético. En un sentido amplio, todos los niños pequeños pueden — ser considerados "enuréticos", pero la aplicación correcta del término clínico de Enuresis Nocturna dependerá de la edad en que la mayoría de los niños adquieran la continencia (JONES, 1960). Por otro lado, si consideramos que la adquisición del control voluntario de la orina es una habilidad adquirida, cabría esperar que tal adquisición siga una curva normal de aprendizaje con recaídas esporádicas, así como suficientes diferencias individuales respecto al tiempo invertido en conseguir el control definitivo (YATES, 1970).

La adquisición del control voluntario de la micción es un proceso complejo en el que se pueden diferenciar varias etapas (MUELLNER, 1960; MC KEITH et al, 1973; FIELDING, 1980 (b)). Entre 1 y 2 años, el niño tiene conciencia de que su vejiga está llena gracias a la maduración del S.N. Parasimpático que transmite las sensaciones de la vejiga. Además el niño es capaz de comunicar a otros — su necesidad de orinar. Hacia los 3 años, un nuevo avance tiene lugar, el niño adquiere la capacidad de retener y posponer la orina — por unos minutos cuando su vejiga está llena. En esta etapa, la capacidad de vejiga se incrementa regularmente, el control diurno queda establecido y el niño suele ir al W.C. por sí mismo. Seguidamente, adquirirá la habilidad de iniciar la micción cuando su vejiga está llena y, entre 4 y 5 años, será capaz de vaciar la vejiga cual — quiera que sea su nivel de llenado. MUELLNER (1960) supone que esta última capacidad es la más difícil puesto que en ella interviene la acción coordinada del diafragma, los músculos abdominales, el elevador del ano y una acción separada del pubococcígeo.

En resumen, podría afirmarse que el control voluntario de la orina debe ocurrir, desde un punto de vista fisiológico, — dentro de los 5 primeros años de vida y que, a partir de esta edad, — no sería arriesgado considerar que un niño que sigue mojando la cama, padece enuresis nocturna.

La enuresis ha sido clasificada en base a su duración, en primaria y secundaria o adquirida. En el primer caso, no ha existido control voluntario de la micción desde el nacimiento, en tanto que en el segundo, el niño vuelve a orinarse en la cama después de no hacerlo durante un periodo aproximado de 6 meses o más (DOLEYS, 1977).

En función de la frecuencia con que aparece la incontinencia, suele distinguirse entre enuresis regular y esporádica; y — según el momento de ocurrencia, en nocturna o diurna (YATES, 1970 ; O'LEARY y WILSON, 1975). Algunos autores utilizan el término enuresis para designar sólo la incontinencia de orina nocturna, y el de incontinencia diurna para referirse a la enuresis diurna (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973).

Finalmente, la denominación de enuresis orgánica suele aplicarse a la enuresis provocada por trastornos fisiológicos o — neurológicos, tales como irritación de la uretra, infección del tracto urinario o lesiones medulares y cerebrales. Aproximadamente un — 10 % de los enuréticos (YATES, 1970) quedarían englobados en esta categoría, aunque en algunos estudios se ha encontrado un porcentaje algo diferente. LINDERHOLM (1966) estudió cistométricamente a 100 enuréticos, 21 de los cuales padecían alteraciones urológicas, mientras

que FORSYTHE y REDMON (1974), en una muestra de 1.129 enuréticos sólo hallaron un 1 % que padecieran alteraciones orgánicas.

1.2.- I n c i d e n c i a

Los estudios epidemiológicos sobre la incidencia de la enuresis son difíciles de comprar entre sí a causa de la disparidad de criterios en cuanto al número de sujetos, extracción y cultura de la muestra e incluso respecto al concepto mismo de enuresis.

De la revisión realizada por DE JONGE (1973), sobre 28 trabajos, podemos concluir que un 16,9 % de niños entre 4 y 5 años de edad padecen enuresis. La variabilidad entre estudios es muy amplia y oscila desde un 3,2 % calculado por BLUMFIELD y DOUGLAS (1956) sobre 2.026 niños ingleses, hasta un 34 % en el trabajo de OPPEL et al (1968) realizado con 235 niños americanos negros. El porcentaje de enuréticos disminuye a 1,5 % entre 15 y 16 años (rango 0,9 % a 3,5 %). La enuresis nocturna es la más frecuente y de ella el 20 - 25 % de los casos padece enuresis secundaria. La enuresis diurna ocurre sólo en un 2,5 % y es más frecuente en mujeres que en varones.

La remisión espontánea se calcula en un 13,5 % de — año en año. FORSYTHE y REDMON (1974) en un seguimiento de 1.129 enuréticos encontraron que la enuresis remitía por sí sola en el periodo de un año en un 14 % (entre 5 y 9 años) y un 16 % (entre 10 y 14 años) de los sujetos. Los niños que tenían enuresis primaria nocturna y — diurna parecían alcanzar primero el control diurno (61 %) y después — el nocturno; un 26 % lo adquirían a la vez y un 13 % seguía originando se de día después de alcanzado el control nocturno.

En general, se admite (YATES, 1970; BALLER, 1975; DOLEYS, 1977; SHAEFFER, 1979) que a la edad de 5 años, un 15 % - 20 % de los niños padecen enuresis, frente a un 1,5 % a los 14 años, y que la enuresis es más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2/1 (BALLER, 1975; WALKER, 1978).

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre enuresis se han realizado en Inglaterra y Estados Unidos. En España no se conocen datos publicados sobre la frecuencia de este problema. Con el fin de obtener una primera aproximación acerca de la incidencia de la enuresis en la población española, realizamos (BRAGADO, — 1980) un estudio piloto retrospectivo con una población clínica de — 1.062 sujetos, con una edad media de 9,3 años (rango 2-18) y que habían acudido a consulta ambulatoria en un Centro Estatal de Asistencia Psiquiátrica Infantil en el periodo de un año (desde Julio de — 1979 a Julio de 1980). Consideramos enuréticos a los niños que no hubieran adquirido el control voluntario de la orina a la edad de 5 años.

Los resultados mostraron que un 18,36 % de la muestra total padecían enuresis, un 19,65 % eran varones y un 16 % mujeres. No existían diferencias entre sexos, teniendo en cuenta la población total, aunque éstas surgían si el análisis se realizaba solamente con los sujetos enuréticos.

La enuresis primaria nocturna resultó ser significativamente más frecuente (77 %, $P < .001$) que otros tipos de enuresis. Un 12,65 % padecían enuresis primaria nocturna y diurna. La enuresis secundaria ocurría en el 7,6 % de los casos, mientras que —

la diurna sólo ocurría en un 1 %, y además era de tipo secundario. - No había diferencias entre sexos en ninguna de las modalidades. Por último, se encontró que un 10,7 % de los enuréticos presentaban de - sórdenes neurológicos (epilepsia, parálisis cerebral, etc.) posible- mente relacionados con la falta de control de esfínteres.

La diversidad de criterios, las diferencias cultura- les y la variabilidad de los datos aportados en los trabajos epide - miológicos sugiere la necesidad de llevar a cabo estudios más contro- lados que permitan homogeneizar y comparar los resultados

009

2.- REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS Y
LAS FORMULACIONES TEORICAS DESARROLLADOS POR LA TERAPIA Y
MODIFICACION DE CONDUCTA EN EL ESTUDIO DE LA ENURESIS NOCTURNA
=====

010

2.1.- EL METODO DE LA ALARMA ANTE LA ORINA

=====

- 2.1.- El Método de la Alarma ante la Orina.
- 2.1.1.- El Procedimiento de MOWHER: Características y Fundamentos Teóricos.
- 2.1.1.1.- Descripción técnica e instrucciones para el uso del Aparato de Alarma. La modificación de CROSBY (1950).
- 2.1.2.- Interpretación del Método de la Alarma en términos del —
Condicionamiento Operante. La aportación de LOVIBOND
(1963, 1964).
- 2.1.2.1.- Interpretación del Método en términos de castigo.
- 2.1.3.- Resultados experimentales. Efectividad del Procedimiento de la Alarma.
- 2.1.3.1.- Comparación con otros Métodos de Tratamiento.
- 2.1.4.- Procedimientos diseñados para controlar las recaídas.
- 2.1.4.1.- El Sobreaprendizaje. Resultados Experimentales.
- 2.1.4.2.- El Refuerzo Intermitente. Resultados Experimentales.
- 2.1.5.- Evaluación General. El problema de los fracasos.

2.1.- EL METODO DE LA ALARMA ANTE LA ORINA

=====

2.1.1.- El procedimiento de MOWRER: Características y Fundamentos Teóricos

El procedimiento ideado por MOWRER y MOWRER (1938) - para corregir la enuresis nocturna, es considerado como uno de los pioneros en la aplicación de los principios derivados de la Teoría del Aprendizaje a la práctica clínica. No obstante, MOWRER y MOWRER informaron que un método similar al suyo, aunque con fines diferentes, había sido desarrollado en un hospital infantil por un pediatra alemán, PFAUNDLER (1904.).

El aparato diseñado por PFAUNDLER servía para avisar a las enfermeras, a través de una luz y un timbre, de cuándo se orinaba el niño, con el fin de que éstas pudieran cambiar la cama y prevenir así una posible irritación de la piel. PFAUNDLER señaló que este sistema parecía tener además consecuencias terapéuticas si se usaba - continuamente y que, en algunos casos, el simple hecho de saber que el timbre sonaría durante la noche era suficiente para que el niño inhibiera la micción.

Poco tiempo más tarde, GENOUVILLE (1908) y REMY-ROUX (1910) utilizaron el método de PFAUNDLER con fines terapéuticos e informaron de buenos resultados. GENOUVILLE concluyó que el sistema parecía efectivo porque la inhibición de la orina originada por el sonido del timbre ocurría en el momento fisiológico más idóneo.

Al margen de estos datos casi anecdóticos, el desarrollo sistemático, desde un punto de vista teórico, técnico y experimental, del método de la alarma, popularmente conocido como "el timbre y la almohadilla", se debe sin lugar a dudas al estudio

de MOWRER y MOWRER (1938). Los autores consideraban que el método comúnmente utilizado por los padres de despertar al niño en diferentes ocasiones, a fin de que éste adquiriera el control de la vejiga durante el sueño, era sustancialmente correcto. Si el niño es despertado cuando su vejiga está parcialmente llena, aunque no lo suficientemente distendida para provocar la micción refleja, cabría esperarse que la estimulación de la vejiga quedara específicamente asociada a la respuesta de despertar antes de que el momento en que la micción ocurra de forma espontánea, llegue.

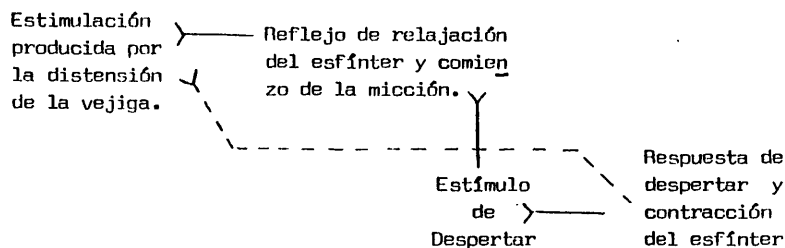
Si bien lo anterior parece razonable, MOWRER y MOWRER pensaron que el proceso sería más efectivo para la adquisición del hábito si el despertar coincidía con la distensión máxima de la vejiga, en vez de con momentos arbitrarios que difícilmente responderían al estado de plenitud de la misma:

" Si se pudiera crear algún mecanismo que despertara al niño justo después del comienzo de la micción, y sólo en este momento, la asociación resultante entre la distensión de la vejiga y la respuesta de despertar y la inhibición ulterior de la orina, proporcionaría precisamente la forma de entrenamiento que parece más apropiada ".

(MOWRER y MOWRER, 1938, pág. 53).

MOWRER y MOWRER señalaron que en base a los principios del condicionamiento clásico, se desarrollaría una conexión funcional cada vez más fuerte entre la estimulación procedente de la distensión de la vejiga y las respuestas de despertar y contracción del esfínter. Después de cierto número de ensayos, esta conexión llegaría a ser lo suficientemente sólida para que las respuestas de despertar y la contracción del esfínter se "adelanten en el tiempo" y tengan lugar antes del comienzo de la micción y no después. La figura Nº 1 reproduce el esquema de MOWRER sobre el proceso de condicionamiento.

FIGURA Nº 1.- Tomado de MOWRER y MOWRER (1938, pág. 54)



MOWRER y MOWRER (1938, pág. 54) concluyen que en el proceso resultante:

" La contracción condicionada del esfínter como respuesta a la distensión de la vejiga podría llegar a inhibir el reflejo de la relajación del esfínter durante el sueño y conduciría al despertar cuando la presión de la vejiga llegase a ser suficientemente grande. Tenemos fundamentos teóricos para esperar que pronto el sujeto no sólo cesaría de orinar durante el sueño, sino que también llegaría a ser capaz de retener la orina durante más tiempo que antes, sin necesidad de despertarse. "

Según se desprende de estos comentarios, el sonido de la alarma (producido por el comienzo de la orina) provoca dos respuestas diferentes, la contracción del esfínter y despertar al niño. Repitiendo el proceso un número determinado de veces, se espera que la distensión de la vejiga (que produce la relajación del esfínter y la micción refleja) quede fuertemente asociada a las respuestas de despertar y a la inhibición de la orina.

Sin embargo, como ha señalado JONES (1960), la explicación teórica del proceso es bastante más compleja. En la formulación de MOWRER y MOWRER (1938) no quedaba aclarada la relación temporal en

tre las respuestas de despertar y la inhibición de la orina, ni si ésta última debía ser interpretada como un acto involuntario que acontecía al mismo tiempo que la respuesta de despertar o como un acto voluntario posterior a dicha respuesta. Según JONES (1960, pág. 392) :

" El timbre (estímulo incondicionado) evoca dos respuestas simultáneas, despertar y la inhibición refleja de la orina, - pero si el timbre suena inmediatamente después del comienzo de la micción, ambas respuestas se producirían siguiendo una relación temporal apropiada con los estímulos que provocan la micción para que ocurra el condicionamiento ".

Así pues, el proceso de adquisición de la continencia nocturna de orina parece acontecer en varias fases, de acuerdo con el principio de generalización del estímulo. YATES (1970), siguiendo las explicaciones de JONES (1960), ha desarrollado ampliamente todas las etapas del proceso. Sin embargo, y antes de pasar a describirlas brevemente, conviene hacer notar que en su formulación original, MOWRER y MOWRER (1938) mencionaban solamente la distensión de la vejiga y la relajación o contracción del esfínter como variables fisiológicas mediadoras, en tanto que JONES (1960) y más tarde YATES (1970) introducían la actuación del músculo detrusor, el cual, al ser activado, presiona y facilita el vaciado de la vejiga. El músculo detrusor y el esfínter actúan de forma antagónica: para que la micción tenga lugar, el detrusor debe contraerse mientras el esfínter ha de relajarse.

Volviendo a lo anterior, YATES (1970) explicaba el proceso de condicionamiento en cuatro etapas. En la primera (antes de — iniciar el entrenamiento), cuando la tensión del músculo detrusor — (E.I.) alcance un determinado umbral, tendrá lugar la micción refleja (R.I.). Durante la segunda etapa (periodo de entrenamiento), la tensión del detrusor (E.I.) provoca la micción (R.I.) que, a su vez, —

hace sonar la alarma (E.I.₂), la cual, como ya hemos indicado, provoca dos respuestas, despertar al niño (R.I.₂) y la inhibición de la — orina (R.I.₃); tras una serie de asociaciones entre los estímulos in condicionados (tensión del detrusor y timbre), la tensión del detrusor servirá como E.C. para evocar por sí mismo el despertar (R.C.₁) y la inhibición de la micción (R.C.₂). En la tercera fase, el niño debe despertar ante las contracciones cada vez mayores del detrusor antes de que se produzca la micción y consecuentemente antes de que sue ne la alarma.

Tal como afirmaba JONES (1960, Págs. 393-396), esta etapa del proceso es posible explicarla en términos de generalización del estímulo (1). Según JONES, en el primer ensayo de condicionamiento, la tensión del detrusor alcanza un valor umbral muy por debajo del necesario para producir el despertar, pero suficiente para que ocurra la micción, la cual provocará el sonido del timbre y los dos — efectos ya conocidos, despertar e inhibición. En los siguientes ensa yos, los umbrales de micción y de despertar estarán distorsionados a consecuencia de la suma de los gradientes de generalización de las — dos tendencias contrarias condicionadas (inhibición / despertar). El umbral de micción se irá incrementando admitiendo volúmenes de orina cada vez mayores (Rc de inhibición), sin embargo la micción sigue pro duciéndose provocando nuevos ensayos de condicionamiento y consiguien — temente nuevas RAcc de despertar, por lo que el umbral de despertar —

(1) Se entiende por generalización del estímulo cuando una Rc es también elicitada por valores adyacentes al estímulo original que — han quedado asociados a la Rc en el transcurso del condicionamien — to (KIMBLE, 1961). JONES afirma que los gradientes de generaliza — ción del estímulo (valor umbral de la tensión del detrusor) obtenidos para las RAcc contrarias de inhibición / despertar, se suman de ensayo a ensayo tal como postulaba HULL (1952).

se verá también distorsionado disminuyendo paulatinamente. Llegará un punto en el que el umbral de despertar comenzará a situarse por debajo del umbral de micción, en este momento el niño comienza a despertarse espontáneamente ante aquellos volúmenes de orina que anteriormente producían la micción refleja y el sonido de la alarma.

Durante la última etapa del entrenamiento (YATES, 1970) el niño será capaz no sólo de inhibir la orina hasta que se despierte sino de inhibirla durante toda la noche sin necesidad de despertar.

Aunque MOWRER y MOWRER (1938) y JONES (1960) indicaban que esta habilidad se adquiría como resultado del condicionamiento, ninguno de los dos explicaba claramente cómo se llegaba a ella. YATES (1970, Pág. 105-106) sugería que, posiblemente, durante el condicionamiento:

" Se mejora "el tono" de la vejiga de tal forma que los cam bios crecientes en el volumen de la orina no producen aumentos de presión en la vejiga y, mientras que son lo suficientemente fuertes para inducir la contracción del esfínter, no logran despertar al sujeto ".

Según este autor, cabría esperar que no todos los niños lleguen a la fase final y sigan despertándose por la noche para orinar; este patrón de respuesta es, por otro lado, concordante con el de muchos niños y adultos normales que no pueden pasar toda la noche sin despertarse a orinar.

En resumen, según se desprende de los estudios de MOWRER y MOWRER (1938); JONES (1960) y YATES (1970), la adquisición de la respuesta condicionada de despertar parece un paso previo para conseguir la inhibición de la orina durante toda la noche, incluso se ha

afirmado que tal respuesta es un elemento indispensable y un prerequisito para que el condicionamiento tenga lugar (BROWNING, 1967). Se ha sugerido que la mayoría de los sujetos que fracasan con el método de la alarma, es porque no se despiertan cuando ésta suena (YOUNG y MORGAN, 1973). Sin embargo, sigue sin poder explicarse convincente mente por qué algunos niños consiguen dejar de orinarse sin que la Ro de despertar haya aparecido ni una sola vez, como lo demuestra la evidencia clínica (MORGAN, 1978) y como indican las propias observacio nes de MOWRER y MOWRER (1938). Es posible que la relación temporal entre las dos respuestas condicionadas, despertar e inhibición de la orina, respondan más a las diferencias individuales de cada sujeto, fortaleciéndose más una u otra en función de la fuerza anterior del hábito que por las complejas interacciones postuladas por JONES (1960).

Lo anterior parece indicar, como han señalado algunos autores (YATES, 1975; WALKER, 1978; ROSS, 1981), que todavía se desconoce la naturaleza exacta de los cambios operados durante el proceso de condicionamiento, y que la abundantísima literatura sobre el método de MOWRER parece centrarse más en la efectividad práctica del mismo que en los principios teóricos involucrados en él.

2.1.1.1.- Descripción técnica e instrucciones para el uso del aparato de alarma. La modificación de CROSBY (1950).

El aparato de alarma, en su versión original (MOWRER y MOWRER, 1938, pág. 55-56) estaba formado por dos láminas de bronce de 28 x 32 pulgadas, separadas entre sí por una gruesa capa de algodón; todo el conjunto estaba recubierto por una funda de algodón a

colchada de modo que al niño no le resultara incómodo dormir encima.- Las almohadillas iban conectadas a una batería y a un transmisor sensible, encargado de producir el estímulo para despertar. Cuando la orina mojaba las almohadillas, se establecía, por las propiedades electrolíticas de la orina, una corriente eléctrica que activaba el transmisor y hacía sonar un timbre unos segundos más tarde, hasta que el niño se despertaba. El sonido del timbre debía ser lo suficientemente fuerte para despertar al niño pero sin producirle temor o sobresalto, de modo que el aparato incluía también un controlador de la intensidad.

MOWRER y MOWRER indicaban la necesidad de que los padres siguieran una serie de instrucciones: 1) informar al niño de la naturaleza del método, realizando una demostración práctica del funcionamiento del aparato, utilizando una pequeña cantidad de agua salada; 2) después de 7 noches consecutivas secas, se debía incrementar en uno o dos vasos la ingesta normal de líquido, justo antes de acostarse, hasta conseguir de nuevo otras 7 noches sin orinarse; 3) el niño no recibiría ningún privilegio especial por dejar de orinarse en la cama; 4) el tratamiento no debía interrumpirse una vez comenzado. Asimismo, aconsejaban no utilizar su procedimiento con niños menores de 3 años y con niños en los que se sospecharan graves complicaciones emocionales o enfermedades orgánicas. En cualquier caso, el método debía llevarse a cabo bajo el asesoramiento de un profesional.

Los autores, que probaron la efectividad del aparato de alarma con 30 niños entre 3 y 13 años de edad, informaron que la enuresis se corrigió en todos los casos en un periodo máximo de dos meses. La rapidez del procedimiento parecía estar en relación con la edad y la motivación del sujeto y no se observó, en ningún caso, sus-

titución de síntomas, más bien parecía que la personalidad del niño se modificaba en una dirección favorable.

Años más tarde, CROSBY (1950), publicaba una modificación del aparato de MOWRER que difería en dos aspectos fundamentales. Un electrodo colocado en el aparato genital del niño servía para detectar la micción, en vez de las almohadillas utilizadas por MOWRER. En segundo lugar, se utilizaba como estímulo para despertar un shock eléctrico en la región lumbar, producido por unos electrodos adheridos a dicha región y sujetos con un cinturón. Sin embargo, a fin de controlar que la batería que provoca el shock se descargara, CROSBY utilizaba también un estímulo auditivo con objeto de asegurar el despertar. Como ha señalado YATES (1970), este aspecto invalida en cierta manera los resultados obtenidos con el método de CROSBY, puesto — que es difícil determinar, si el niño se ha despertado como consecuencia del choque y el timbre, o si el choque no ha ocurrido (por un fallo técnico) y se ha despertado por el timbre, en cuyo caso el proceso sería idéntico al de MOWRER.

Desde un punto de vista teórico, podría decirse que — las opiniones de CROSBY (1950) y MOWRER y MOWRER (1938) coinciden solamente en el hecho de que ambos consideran que en el desarrollo normal de la continencia nocturna se encuentran involucrados procesos de condicionamiento clásico. Sin embargo, sobre la determinación de tales procesos y la forma en que operan, mantienen ideas diferentes e incluso contradictorias.

CROSBY (1950) considera que la enuresis nocturna no es un acto reflejo en respuesta a los estímulos de distensión de la vejiga, como opinaba MOWRER, sino una respuesta condicionada inadecuada — que su método pretende extinguir a fin de establecer el control noc —

turno sobre la orina.

CROSBY ha elaborado una "curiosa" teoría acerca de cómo se produce la adquisición normal de la continencia nocturna. Dicha teoría no parece haber tenido suficiente impacto en la bibliografía especializada como lo demuestra el hecho de las escasas referencias a la misma, a excepción casi exclusiva de los comentarios que LOVIBOND (1964) y YATES (1970) le han dedicado, razón por la que comentaremos, sólo a título informativo, algunas de las opiniones sugeridas por CROSBY (1950).

Según este autor:

" el estado de mojado que yo denomino "discomfort somático" actúa como un estímulo inhibitorio que, al comienzo de la micción provoca una respuesta incondicionada que tiende a inhibir la continuación de la misma, a través de la inhibición del detrusor y la contracción del esfínter. Cabría esperar que el reforzamiento de tal inhibición en micciones sucesivas, produjera un incremento gradual en el tono de inhibición de la vejiga, de modo que se incrementara — también el volumen de orina necesaria para iniciar la micción. Cuando la vejiga se llena, el tono inhibitorio disminuye ante el incremento de los estímulos que recorren las vías aferentes del arco reflejo de la vejiga. Al mismo tiempo, el incremento de la distensión de la vejiga — causa un bombardeo creciente sobre el cerebro que tiende a afectar y "dispersar" el sueño ... Si el tono inhibitorio es suficientemente fuerte, el discomfort producido por una vejiga llena "dispersará" el sueño antes de que las vías aferentes de la vejiga inicien la micción de forma refleja ".

(CROSBY, 1950, Pág. 535) (2)

(2) Citado por LOVIBOND, 1964, Pág. 27.

Según se desprende de estos comentarios, el desarrollo de la continencia nocturna requiere que se cumplan al menos dos condiciones, la inhibición de la actividad del detrusor y de la micción, y que tal inhibición sea suficientemente fuerte para que las sensaciones de discomfort alerten al cerebro, antes de producirse la micción refleja.

Respecto a la no adquisición del control voluntario de la orina, CROSBY opina que la enuresis nocturna es, por lo general, una Respuesta adquirida como resultado del método de entrenamiento utilizado por los padres. Si los padres despiertan a sus hijos varias veces para que orinen, se desarrollará una Respuesta Condicionada de micción ante los estímulos ambientales presentes y asociados con este procedimiento (ruido de puertas, luz de la habitación, etc.). Por otro lado, si los padres despiertan al niño a intervalos regulares, se producirá una especie de condicionamiento temporal, por lo que el niño mojará la cama (Rc) cuando no lo despierten.

Curiosamente, CROSBY (1950) utiliza en su análisis observaciones similares a las realizadas por MOWRER y MOWRER (1938), aunque la interpretación de las mismas es bastante diferente. Mientras MOWRER y MOWRER (1938) consideraban esta forma de entrenamiento "sustancialmente correcta" excepto en un aspecto que, posiblemente mejoraría, la adquisición del hábito (despertar al niño cuando la distensión de la vejiga fuera máxima), CROSBY entiende que tal entrenamiento es el causante del problema.

Como han señalado LOVIBOND (1964) y YATES (1970), CROSBY (1950) no explicó los mecanismos por los cuales se extinguen las Respuestas condicionadas de micción, ni si llega a conseguirse

o no el "tono inhibitorio" necesario para controlar la incontinencia de orina.

CROSBY puso a prueba su método con 58 sujetos con edades comprendidas entre 3,8 y 38 años (media 10), de los cuales - 52 (90%) alcanzaron el criterio inicial de cura, mientras los restantes resultaron bastante mejorados. Un pequeño número de sujetos (no especificado) recayeron durante el seguimiento, aunque respondieron favorablemente a un reentrenamiento posterior.

En la actualidad, el aparato de alarma ideado por MOWRER se ha popularizado hasta el punto de que las casas distribuidoras proporcionan unas instrucciones muy similares a las de MOWRER juntamente con el aparato. Las almohadillas se han simplificado haciéndolas más manejables (FREYMAN, 1963). Varios autores, LOVIBOND, 1964; TURNER, 1973; SHAEFER, 1979, han descrito con detalle el procedimiento y otros, FRIED, 1974; KASHINSKY, 1974; HANSON, MYERS y SCHWARZKOPF, 1978, han publicado esquemas completos de cómo construir aparatos duraderos y poco costosos.

2.1.2. Interpretación del Método de la Alarma en términos del Condicionamiento Operante. La aportación de LOVIBOND (1963, 64)

Posiblemente, la modificación, tanto técnica como teórica, efectuada por LOVIBOND (1963 a, 1964) al modelo de MOWRER, ha sido la más relevante por cuanto que ha generado suficiente investigación y discusión teórica acerca de los principios del condicionamiento implicados en el procedimiento.

LOVIBOND (1963 a, 1964) sugirió que el proceso de condicionamiento implicado en el método de MOWLER, respondía mejor a un paradigma de condicionamiento instrumental de evitación que a un patrón de condicionamiento clásico. Justificaba su postura en que, de acuerdo con los principios del condicionamiento clásico, la Rc (despertar o inhibición de la orina) debería extinguirse cuando el E.I. (timbre) es retirado, sin embargo esto no ocurría así, sino — que la continencia de la orina se mantenía después de terminado el proceso de condicionamiento. LOVIBOND (1963 a, pág. 17; 1964, pág. 86) señaló que considerando las respuestas de despertar y la contracción del esfínter como respuestas condicionadas de evitación ante un estímulo aversivo (timbre), se podría explicar fácilmente el éxito del procedimiento, puesto que tales respuestas serían más difíciles de extinguir.

En base a estos argumentos, LOVIBOND realizó un análisis completo del desarrollo del condicionamiento en términos operantes. La contracción refleja del detrusor y la relajación del esfínter son seguidos por el estímulo aversivo (timbre en MOWLER y shock eléctrico y timbre en OROSDY). Después de cierto número de asociaciones, los estímulos procedentes de la relajación del esfínter llegan a ser estímulos condicionados para la respuesta de evitación de la contracción del esfínter. Es decir, el E.C. no es, según LOVIBOND, la distensión de la vejiga sino el conjunto de estímulos que son elicitados por las respuestas de relajación del esfínter y la micción.

En un estadio posterior, cuando los primeros indicios procedentes de la relajación del esfínter provocan la respuesta antagónica de la contracción del mismo, el niño ya no mojará la cama y el estímulo nocivo será evitado. Podría suponerse que en fases —

más avanzadas del aprendizaje, la respuesta de evitación se extienda a los estímulos de distensión de la vejiga que proceden a la micción. Como ya han sugerido otros autores (YATES, 1970; DOLEYS, 1977), diferencia del modelo de MOWNER, la respuesta de despertar en la concepción de LOVIBOND es irrelevante, el niño dejará de orinarse independientemente de que se despierte o no, puesto que la respuesta esencial es, en este caso, la contracción del esfínter. Esto último parece interesante y podría explicar el hecho, ya mencionado y comentado por MOWNER, de que algunos niños dejaban de mojar la cama sin llegar a aparecer la Rc de despertar. LOVIBOND (1964, Pág. 88) concluía:

" La función esencial del estímulo incondicionado o aversivo es originar una repentina relajación del detrusor y la contracción del esfínter, la respuesta de despertar podría no ser crítica e incluso totalmente irrelevante. La mayoría de los escritores que siguen a MOWNER, han exagerado el papel de la respuesta despertar en el proceso de tratamiento. "

Como consecuencia de sus argumentos teóricos, LOVIBOND (1963 a) diseñó un aparato de alarma en el que se utilizaban dos estímulos auditivos. El primero es un silbido (240 V) similar a la bocina de los coches, que puede atenuarse produciendo cuatro niveles diferentes. Este estímulo tiene una duración de aproximadamente un segundo, excediendo ligeramente a la latencia y duración de la respuesta de contracción del esfínter, la cual, al ir seguida de la eliminación del estímulo aversivo, serviría para escapar del mismo y se condicionaría a los estímulos que la preceden (procedentes de la R del esfínter y la micción). Inmediatamente después del silbido, sigue un periodo de silencio de un minuto, seguido por el sonido de un zumbador que continua sonando hasta que el aparato es desconectado. La función del zumbador consiste simplemente en alertar a la persona que dirige el tratamiento más que en despertar al niño.

LOVIBOND (1963 a) comparó su método con el de CROSBY (1960) y el de MOWNER y MOWNER (1938). En el estudio participaron 36 enuréticos, 20 varones y 16 mujeres, entre 6 y 14 años. La selección de los sujetos exigía que éstos mojasen la cama, al menos, 5 veces — por semana, que no hubieran recibido condicionamiento como tratamiento para su enuresis y que no padecieran problemas orgánicos. La duración máxima del tratamiento se estableció en 50 ensayos de condicionamiento. Realizados éstos, los niños que no hubieran conseguido el — criterio de 14 noches secas, eran considerados como fracaso. La recaída se definió como la recurrencia de la enuresis una vez o más por semana, después de alcanzado el criterio inicial.

Los resultados indicaron que 34 niños (90%) consiguieron el criterio inicial de éxito; los dos que fracasaron habían recibido el método de MOWNER y el de CROSBY, respectivamente. La media — de ensayos de condicionamiento fue de 14,5 (LOVIBOND), 20 (CROSBY) y 30,5 (MOWNER); no se especifica en los datos si la diferencia fue estadísticamente significativa. Aproximadamente dos años más tarde, el 41% de los niños (14 de 34) habían recaído y contrariamente a lo esperado, no había diferencias respecto a los tres métodos utilizados. Sólo en un caso de los 12 tratados con el método de LOVIBOND pudo confirmarse la hipótesis de que el despertar no era un requisito imprescindible para lograr la continencia nocturna.

En resumen, no se puede afirmar taxativamente que estos resultados confirman las hipótesis de LOVIBOND. Si bien su método parece más rápido que el de MOWNER, tal diferencia puede ser atribuida, como el propio LOVIBOND sugiere, a la diferencia en la intensidad de los estímulos utilizados, más que a la presencia o ausencia de una respuesta de escape-evitación. Por otro lado, respecto al porcen

taje de recaídas, cabría esperar que con el método de LOVIBOND la respuesta de continencia fuera más resistente a la extinción, sin embargo, recayeron prácticamente el mismo número de niños (5 con el procedimiento de CROSBY y de LOVIBOND, frente a 4 con el método de MOWLER) e incluso existía una pequeña diferencia a favor del grupo tratado — con el método de MOWLER.

Respecto al método de CROSBY, LOVIBOND (1964) indicaba una serie de desventajas debidas a los efectos secundarios derivados del aparato. Algunos niños (2 de los 12 tratados) manifestaron fuertes reacciones de miedo; en segundo lugar, en 3 casos se apreciaron quemaduras en la región donde se producía el shock a causa de que — los electrodos no estaban bien colocados; finalmente, los padres solían poner reparos en la utilización de este procedimiento. Todo esto parece indicar que es más aconsejable la utilización de aparatos — con estímulos auditivos en vez de estímulos eléctricos, independiente — mente de que sean o no interpretados como estímulos aversivos.

En cuanto a las recaídas, LOVIBOND (1964), manifestó — que si éstas podían ser interpretadas como un problema de prevención de la extinción de las respuestas aprendidas, sería razonable utilizar los principios de la Teoría del Aprendizaje y los resultados de la — Psicología Experimental para controlarlas. El autor realizó varios — experimentos dirigidos a reducir y controlar el porcentaje de recaídas. En primer lugar, utilizó "falsas alarmas" (cuando el niño no se había orinado) además de los ensayos reales, a fin de fortalecer la — respuesta de inhibición de la orina. Los resultados, si bien iban en la dirección prevista, no mostraron diferencias significativas entre los sujetos que recibieron los falsos reforzamientos y los que recibieron el refuerzo correctamente.

Un segundo intento, quizás más interesante por su lógica teórica, consistió en utilizar reforzamiento parcial o intermitente, que si bien lentifica el proceso de adquisición de la Rc, parece incrementar su resistencia a la extinción. LOVIBOND (1963 b, 1964) - informó, al igual que en el intento anterior, que aunque el porcentaje de recaídas fue bastante menor, un 19% frente a un 44% (aparato LOVIBOND) y 35% (MOWRER), las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Más adelante, comentaremos con detalle los métodos utilizados para controlar las recaídas.

TURNER, YOUNG y RACHMAN (1970) replicaron los resultados de LOVIBOND (1963 b, 1964). En su estudio compararon tres grupos de tratamiento en los que se utilizaba el aparato de MOWRER con refuerzo continuo e intermitente. Además se utilizaron dos grupos de control, en uno (placebo) se administraban al niño unas pastillas inócuas que la madre creía efectivas; en el otro, el niño era despertado durante la noche conforme a una escala prefijada que era entregada a los padres.

Un total de 115 niños (80 varones - 35 mujeres) participaron en el experimento. La media de edad era de 7,5 años con una desviación típica de 2,6. Los niños mojaban la cama entre 3 y 7 noches por semana; 103 padecían enuresis primaria y 12 secundaria.

Durante el tratamiento (4-10 semanas) hubo un alto porcentaje de abandonos, 39 casos (47,6%) de los 81 asignados a los tratamientos por condicionamiento. Sin embargo los datos son algo confusos debido a ciertos errores metodológicos. Por ejemplo, los autores afirman que durante las primeras 4 semanas de tratamiento, no había diferencias respecto a la reducción de la enuresis (noches mojadas) -

entre los tres grupos que recibieron condicionamiento y los dos con -- troles (placebo y despertar escalonado), aunque no se sabe por qué ra zón estos últimos no son incluidos en análisis comparativos posterior -- res (todos estos niños fueron tratados pero fuera del estudio) TURNER y Col (1970, Pág. 371). Posteriormente, indican que el 81% de los -- sujetos tratados con los tres métodos de condicionamiento consigui -- ron el criterio inicial de éxito, aproximadamente en 6 semanas (re -- fuerzo continuo) y 10 semanas (refuerzo intermitente).

Los resultados de TURNER et al (1970) no confirmaron -- la hipótesis de LOVIBOND sobre la superioridad de su método frente al de MOWLER; el número de ensayos de condicionamiento requerido por am bos métodos (17,25 y 14,64 respectivamente) no fue significativo. Res -- pecto al efecto del refuerzo intermitente en la reducción de las re -- caídas, los datos apuntaban en una dirección favorable, sin embargo , las diferencias entre el efecto del refuerzo continuo y el intermiten -- te no fueron estadísticamente significativas. Finalmente, un 74% de los sujetos aprendieron a despertarse para orinar espontáneamente, an tes de que sonara la alarma.

Los autores concluyeron que la hipótesis de LOVIBOND -- acerca de que su procedimiento proporcionaba la adquisición de una -- respuesta de escape evitación, necesitaba ser reexaminada. TURNER et al (1970) sugirieron que la diferencia en la intensidad del estímulo auditivo utilizado por ambos aparatos parecía ser la responsable de -- los resultados favorables obtenidos por LOVIBOND (1963 a) y no confir -- mados en su estudio. En base a tales datos añadían que:

" Es difícil justificar un equipo tan complicado y caro como el de la "doble señal" cuando se obtienen resul -- tados igualmente buenos con aparatos ya comercializa -- dos y éstos cuestan aproximadamente un tercio menos."

(TURNER, YOUNG y RACHMAN, 1970, Pág. 378).

Desde un punto de vista teórico, la opinión de los autores parece favorable a una reinterpretación del modelo de MOWRER en términos operantes, pero a diferencia de LOVIBOND (1963a, 1964), opinan que el proceso de condicionamiento podría ser más fácilmente explicado a través de un paradigma de castigo (aprendizaje de evitación pasivo) que por medio de un aprendizaje de escape. Sin embargo, no realizan un análisis detallado de sus opiniones y sus comentarios parecen indicar, a veces, que no conocen con detalle los escritos de LOVIBOND (1963 a, 1963 b, 1964) quien, equivocado o no, realizó una revisión exhaustiva de los resultados experimentales obtenidos tanto con animales como con humanos, en apoyo de sus hipótesis.

Ante tal situación, no es de extrañar que LOVIBOND (1972) reaccionara airadamente ante la superficialidad y poco rigor metodológico que, en su opinión, estaban presentes en el trabajo de TURNER, YOUNG y RACHMAN (1970). En efecto, LOVIBOND tiene razón cuando afirma que, inicialmente, él también interpretó el modelo de MOWRER en términos de un aprendizaje de evitación pasivo o castigo, aunque posteriormente y de acuerdo con teorías más actuales, pensó que la posibilidad de permitir al niño escapar al estímulo nocivo facilitaría el desarrollo de una respuesta de evitación pasiva, por lo que ideó su aparato de "doble señal" (LOVIBOND, 1972, Pág. 288). Según LOVIBOND :

" Un detallado análisis del trabajo en cuestión, reveló que éste se encontraba bastante por debajo de las normas académicamente aceptables. Además ciertos aspectos del estudio, solamente podrían ser descritos como seriamente equivocados ". (1972, Pág. 287).

En el mismo año, otro autor, COOTE (1972), criticaba también, en una carta al editor de la revista, el citado trabajo de

TURNER y Cols. (1970). COOTE señalaba que los autores parecían haber olvidado las exigencias requeridas por los instrumentos que utilizan para un adecuado funcionamiento. Finalizaba diciendo:

" Lamento la necesidad, por consideración de espacio, de limitar la crítica de este estudio solamente a un aspecto. Es necesario discutir sobre su metodología y bases teóricas a un nivel comprensivo. "

(COOTE, 1972, Pág. 293).

La respuesta de TURNER, YOUNG y RACHMAN (1972) no se hizo esperar. En ella se hacía hincapié en las características sociales del grupo con el que se llevó a cabo el estudio que inició la polémica.

Los autores indicaban que la enuresis era más frecuente, como ya habían publicado BLUMFIELD y DOUGLAS (1956), entre las familias de clase trabajadora, donde no es extraño que se produzcan altas tasas de abandonos y ciertas dificultades a la hora de aplicar el aparato de alarma:

" Bajo tales circunstancias, no conseguimos entender cómo puede ser considerado irresponsable y mucho menos cómo falta de ética, conducir una investigación en unas condiciones sociales a las que varios clínicos tendrán que enfrentarse cuando utilicen el tratamiento de la alarma. Ciertamente, nuestra decisión de trabajar bajo tales condiciones se justifica con el resultado de un alto porcentaje de abandonos, dato directamente relevante para la aplicación cotidiana del método de condicionamiento. LOVITON (1963, 1964) da la impresión de que nunca se ha encontrado con esta dificultad en sus investigaciones y parece sentir que esto no es un problema. "

(opus cit. Pág. 291).

TURNER y al (1972) entienden que en el aspecto más relevante, en la oportunidad de recomendar o no el aparato de "doble señal", LOVIDOMO está de acuerdo con ellos, básicamente porque el aparato no ofrece grandes ventajas en la práctica. En cuanto a COOTE (1972), dicen que da la impresión de que él está molesto porque no han recomendado utilizar su "almohadilla electrodo" (), sin embargo con viene mencionar que el aparato de COOTE cuesta 65,- libras (14 sólo el electrodo), mientras que un equipo transistorizado y con almohadillas recubiertas de gasa para prevenir las falsas alarmas, cuesta sólo 10,- libras.

Si nos hemos extendido en exceso en estos comentarios, tal extensión se justifica porque, a nuestro juicio, la polémica suscitada en torno al trabajo de TURNER, YOUNG y RACHMAN (1970) refleja un aspecto interesante y digno de tener en cuenta, la gran distancia que puede llegar a existir entre la práctica clínica diaria y el rigor metodológico que debe reunir una investigación para adaptarse a los cánones científicos establecidos, aún a riesgo de alejarse de la realidad social cotidiana.

Es cierto que el estudio de TURNER y Col. (1970) posee errores de método, pero también es verdad que proporciona una información más cercana a los problemas diarios que surgen en la práctica clínica. No es infrecuente que los clínicos nos preguntemos, bastante a menudo por cierto, por qué en las publicaciones científicas -

() Este tipo de "almohadilla" (COOTE, 1965) es de caucho flexible y los electrodos (filamentos de metal) van incrustados en la almohadilla de modo que la superficie queda lisa. Es más cómodo dormir sobre ella y se disminuyen los riesgos de falsas alarmas y de irritaciones en la piel provocadas por la electrolisis de la orina, que pueden acontecer más fácilmente con las almohadillas tipo "sandwich" de MOWLER.

todo ocurre ordenadamente, en tanto que en la práctica la realidad - se presenta desordenada o con un orden diferente.

Finalmente, y como resumen, señalar que, si bien el aparato diseñado por LOVIBOND (1963 a) no ha tenido gran repercusión en la práctica, donde el modelo de MOWLER, aunque modernizado, tiene una fuerte aceptación, no ocurre igual con su formulación teórica. La concepción de que el método de alarma responde más a un paradigma de condicionamiento operante que a un proceso de condicionamiento clásico, está hoy bastante extendida en la literatura especializada. Los estudios de TURNER, YOUNG y RACHMAN (1970); TOUGH y cols. (1971); - ATTHOWE (1973); AZRIN, SNEED y FOXX (1974); o HANSEN (1979), constituyen sólo una muestra de la influencia ejercida por la obra de LOVIBOND (1963 a, 1963 b, 1964).

2.1.2.1.- Interpretación del Método en términos de Castigo.

Podría afirmarse que existe una especie de "resistencia" entre los terapeutas de conducta a utilizar el castigo como único procedimiento para corregir una determinada conducta. En el caso concreto de la enuresis, como señalaban MOWLER y MOWLER (1938), o más recientemente ATTHOWE (1973), muchos padres han castigado a sus hijos sin éxito, y LOVIBOND había enumerado una serie de efectos secundarios derivados de la utilización del shock eléctrico del aparato de

CROSBY (1950). La teoría y descripción del aparato han sido comentados en detalle en páginas anteriores (ver pág.

Pese a lo anterior, si consideramos el método de alarma como un procedimiento de aprendizaje de evitación pasivo o castigo (LOVIBOND, 1963, 1964; TURNER y Cols., 1970), entonces los terapeutas de conducta estamos empleando el castigo como técnica fundamental desde hace mucho tiempo, para eliminar la enuresis nocturna.

TOUGH, HAWKINS, McARTHUR y RAVENSWAAY (1971) sugirieron que el procedimiento de MOWRER debía ser interpretado esencialmente como una técnica de castigo que disminuía la respuesta de micción. Según ellos :

" el timbre puede ser considerado como una consecuencia aversiva o como un castigo que sigue a la respuesta - inapropiada (orinar en la cama), ya que una consistente aplicación de esta consecuencia disminuye la respuesta de micción (en la situación en que tal consecuencia es aplicada). "

(TOUGH y Cols. 1971, Pág. 567-568).

TOUGH et al (1971) argüían que si su razonamiento era apropiado, el estímulo aversivo parecía de baja intensidad ya que el periodo de extinción de la respuesta de micción era lento, de 2 a 3 meses según la revisión de JONES (1960). El proceso podía acelerarse incrementando la intensidad del estímulo, tal como había hecho CROSBY (1950), sin embargo, como el método de CROSBY parecía tener ciertos problemas técnicos y efectos indeseables, sería necesario buscar un castigo fácilmente aplicable por los padres. Los autores seleccionaron como tal, sumergir al niño en un baño de agua fría después de producirse la micción.

En el estudio participaron dos hermanos de 4 y 8 años de edad, este último tenía una seria lesión cerebral y era retrasado. Se utilizó el aparato de alarma de MOWREB, exclusivamente para detectar la micción rápidamente, por lo que se prolongaron los cables de modo que el aparato pudiera colocarse en la habitación de los padres. Cuando la alarma sonaba, la madre la desconectaba y conducía al niño al aseo, donde se le sumergía en un baño de agua fría del que era sacado cuando estaba completamente mojado. La madre se ocupaba de preparar la cama pero el niño debía secarse y vestirse solo. El tiempo transcurrido entre el sonido de la alarma y la aplicación del castigo era de 37 segundos. El niño era reforzado verbalmente por cada noche seca. Después de 17 noches secas se retiraba el aparato y se suprimía el castigo.

Los resultados fueron bastante favorables para el niño de 8 años de edad que consiguió una continencia completa en sólo 5 semanas y en 18 meses de seguimiento tan sólo mojó la cama una vez. Respecto al otro sujeto, el proceso fue algo más largo, unas 7 semanas y la madre abandonó el procedimiento cuando lleva 16 noches secas. Los autores indicaron que para el primer niño el procedimiento parecía molesto, puesto que lloraba, gritaba y salía inmediatamente del agua.

TOUGH y cols. (1971) concluyeron que la corta duración del tratamiento confirmaba que el castigo utilizado por ellos era más fuerte y más efectivo que el sonido de la alarma. Además consideraron que la demora en la aplicación del castigo no parecía influir demasiado en el éxito, de lo cual podría desprenderse que cualquier señal utilizada, incluso por los padres, y que fuera seguida por el castigo, podría convertirse en un castigo condicionado.

TOUGH y Cols. (1971) no hacían comentarios sobre los efectos que podría producir en la relación familiar el hecho de que los padres lleguen a convertirse en un estímulo punitivo condicionado. HANSEN (1979) ha reflexionado sobre el peligro que esta posibilidad entraña.

Retomando la teoría de LOVIBOND (1963, 1964) y las sugerencias de TOUGH, HAWKINS, Mc ARTHUR y RAVENSWAAY (1971), HANSEN (1979) interpreta el procedimiento utilizado por los anteriores como un procedimiento operante de castigo que puede ser evitado teniendo la cama seca. Opina que, en ambos casos, la respuesta del sujeto es esencialmente pasiva y el escape (evitación) de la situación aversiva parece una respuesta involuntaria con ninguna participación activa por parte del enurético.

HANSEN (1979) utilizó una versión modificada del aparato de "doble señal" de LOVIBOND. El primer estímulo, de baja intensidad (70 db) era seguido, si el niño no se despertaba y lo apagaba en un periodo de 7 segundos, por otro estímulo más intenso aunque tolerable (95 db). El niño podría así escapar del primer estímulo y evitar el segundo. Se instruyó al niño para que cuando sonara la alarma se levantara de la cama, desconectara el timbre, fuera al baño y se pusiera pijamas secos. A los padres se les pidió que, al sonar la alarma, acudieran a la habitación del niño, esperaran a que éste la apagara, prepararan de nuevo la cama y registraran diariamente el número de micciones y si sonaban las dos alarmas.

El procedimiento fue aplicado a dos niños, un varón y una mujer de 9,6 y 8 años de edad, respectivamente. En el primer caso, las dos señales sonaron solamente cinco noches, a partir de ahí solamente sonaba la primera. El tratamiento duró aproximadamen-

te 6 semanas y la continencia se mantuvo durante un año de seguimiento. El segundo caso era más complicado, puesto que la niña padecía una infección crónica de orina; las dos señales sonaron 11 veces, alternando con noches secas; durante los cuatro meses siguientes, sólo mojó la cama 3 veces; poco tiempo después los padres abandonaron el procedimiento. HANSEN (1979) concluyó que estos resultados apoyaban la hipótesis de que el método de doble señal incrementaba la eficacia del método clásico.

Desde nuestro punto de vista, el estudio de HANSEN no es indicativo de tal eficacia. En primer lugar y a diferencia de LOVIBOND (1963, 1964), el fin perseguido es despertar al niño, lo que también se busca con el método de MOWRER, siendo irrelevante, en este caso, si la Respuesta de despertar es una respuesta operante de escape (activa) o si es una Respuesta condicionada clásicamente.

En segundo lugar, el estímulo considerado como más aversivo es sólo de 95 db, cuando con la técnica de MOWRER se han utilizado estímulos más intensos (105 db) (FINLEY y WANSLEY, 1977), por cierto que estos últimos autores informaron que en los sujetos que respondían rápidamente al condicionamiento (4 semanas), tiempo menor que el encontrado por HANSEN (1979), la intensidad del estímulo era irrelevante (se comparaban dos estímulos de 80 y 105 db). Por estas razones, parece más sencillo, como han indicado algunos autores (TURNER y Cols., 1970), utilizar directamente un estímulo, en el caso de HANSEN el segundo, en vez de esperar a que el niño se acostumbra a despertarse ante el primero.

Todo parece indicar, en base a la evidencia experimental disponible, que, independientemente de la interpretación teórica que se aplique a los procesos de condicionamiento implicados en

el método de la alarma, no se ha demostrado que, en la práctica, el aparato de LOVJBOND sea más efectivo que el ideado originalmente — por MOWNER.

2.1.3.- Resultados Experimentales. Efectividad del Procedimiento de la Alarma.

La efectividad de la técnica de MOWNER para corregir la enuresis nocturna, está bien establecida experimentalmente como se desprende de las revisiones efectuadas por JONES (1960); LOVJBOND (1964); YATES (1970-1975); TURNER (1973) y DOLEYS (1977).

De la revisión realizada por YATES (1970), cuyos resultados se encuentran resumidos en la TABLA Nº 1, puede concluirse que de un total de 993 sujetos tratados con el método de condicionamiento de la alarma, aproximadamente el 82% de los mismos consiguieron alcanzar el criterio inicial de éxito, de los cuales un 30% recaían unos meses después (entre 1 y 44). Las recaídas parecían disminuir hasta un 15% después de un periodo de reentrenamiento. El porcentaje de éxito extraído de la revisión de JONES (1960) es prácticamente igual (81,57%) al señalado por YATES (1970), aunque JONES opinaba que tal porcentaje seguramente era menor, puesto que la mayoría de los estudios no incluían grupos de control y sus autores no tenían en cuenta, al comunicar sus resultados, el número de enuréticos que remitían espontáneamente.

FREYMAN (1963) encontró que un 24% de un total de 49

niños enuréticos, seguidos sin tratamiento durante un periodo de aproximadamente 10 meses, habían dejado de orinarse. En un estudio más reciente, FORSYTHE y REDMON, 1974, informaron que en una muestra de 1.129 enuréticos, la enuresis remitía por sí sola en un 14% (entre 5 y 9 años) y un 16% (entre 10 y 14 años), durante 12 meses de seguimiento.

YATES (1970) indicaba que, aunque los resultados obtenidos con el método de condicionamiento parecían "innegablemente impresionantes", la mayoría de los estudios revisados presentaban serios problemas metodológicos. Existía una gran variabilidad respecto a la gravedad de la enuresis, al tipo de enuresis (primaria o secundaria) y los criterios utilizados para la selección de los sujetos. Los autores también diferían en cuanto a la definición de recaída considerada en unos casos de forma estricta (orinarse en la cama tan sólo una vez durante el periodo de seguimiento y después de obtenido el criterio) o de una forma más flexible (una vez a la semana). Tampoco había acuerdo en el número de noches secas que el niño debía conseguir antes de retirar el tratamiento (criterio de éxito).

Por último, YATES (1970) hacía notar que la mayoría de los autores habían incluido en sus estudios, sujetos de edades muy diversas (entre 3,6 y 38 años), pero que, raramente, relacionaban la edad con la adquisición de la continencia nocturna.

Investigaciones más recientes han mostrado que la variable edad no parece estar directamente relacionada con el éxito del tratamiento (MUTTA, 1979) pero sí con la facilidad para recaer una vez alcanzado el éxito (FINLEY y WANGLEY (1977)), o con la posibilidad de remisión espontánea (FORSYTHE y REDMON, 1974).

40

Tabla No 1. - RESULTADOS EXPERIMENTALES CON EL METODO DE CONOCIMIENTO DE LA ALFABIA (1)

0401

AUTORES	Nº de Sujetos (Varones y Mujeres)	Rango de edad en años y meses	% que alcanzan - el criterio final	Índice de Recesión		Duración Seguimiento en meses	% de Rec. suces - en el seguimiento de sujetos rean- treinados.	Postreentrenamiento. A- justo (+ = mejorías; 0 = ausencia de cam- bios - = deterioro)	Sustitución de Síntomas
				% sin recesión - reintegrante	% después del re- entrenamiento				
GALLER y SCHWILCK (1956)	36 (43 ± 12)	8 - 20	90	23	0	26 - 40	70	+	NO
SEMPLE y Cole. (1956)	20 (12 ± 8)	8 - 14	NE	15	0	10 - 40	70	0	NO
CHERRY (1950)	28 (17 ± 12) 9 (9 ± 1) 20 (15 ± 8)	3,6 - 10,6 3,6 - 10,6 11 - 30	NE	3,6 30 13	- - -	NE	90,5 80 87	NE	NE
CAVENDISH y DOUGLAS (1950)	20 (17 ± 3)	8 - 30	NE	-	0	1 - 13	100	+	NO
DE LEON y WIDELL (1948)	56 (42 ± 14)	3,6 - 14	88	79,6 ^(a)	-	1 - 30	81,4	NE	NE
FORRESTER y Cole. (1944)	18 (7 ± 9)	8 - 14	NE	NE	-	6	88	NE	NE
FREEMAN (1959, 1963)	71 (47 ± 24)	8 - 18+	72	26	20	30	80	NE	NO
TEPPER (1953)	42 (26 ± 12)exp.	9 - 10+	80	-	20	NE	90 ⁽⁷⁾	+	NE
GILLISON y SKIDDER (1955)	100 (64 ± 36)	3,6- 21	NE	-	0	Seguimiento re- entrenamiento	90 ⁽⁷⁾	+	NO
HARTY y KUBLY (1955)	114 (79 ^(b) ± 36)	3,6-18	NE	26	-	14 (media)	70	NE	NE
WERNER y WERNER (1959)	30	3 - 13	100	-	-	30	100	+	NO
ELDER (1952)	108 (73 ± 35)	2,6-20	-	-	-	de 2 a varios meses	80	NE	NE
TAYLOR (1963)	100 (62 ± 38)	8 - 18	84	16	-	8+	83	NE	NE
WIDGES (1954) ^(c)	100 (81 ± 19)	8 - 17	NE	26	-	NE	70	+	NO
YOUNG y TURNER (1968)	108	4 - 18	64 (82) ^(d)	13	-	12	80 (81) ^(e)	+	NO

(a) El criterio de recesión era muy rígido - criterios sólo una recesión

(b) En cuatro casos no se corrigió el error (El estudio se realizó mediante cuestionarios a los usuarios comerciales)

(c) WIDGES (1953) informó de una tasa de éxito de 70% (según) en una serie de 448 casos pero los detalles proporcionados son insuficientes para justificar su inclusión en la presente Tabla.

(d) Un índice de 82% si se toman en cuenta los casos que no siguieron el tratamiento, y de 85% si se tienen en cuenta. El mismo comentario puede aplicarse a la proporción de éxito.

(1) Tomada, con modificaciones, de WILES, 1970. (NE = no tratado)

Las conclusiones extraídas de la revisión efectuada por DOLEYS (1977), difieren ligeramente de las de JONES (1960), LOVIUONO, (1964) y YATES (1970). DOLEYS revisó un total de 12 trabajos que utilizaron el procedimiento de MOWDER de manera sistemática. Según se desprende de los datos, aproximadamente, el 75% de sujetos (623) tratados dejaron de orinarse de noche entre las 5 y 12 semanas de tratamiento. La edad de los niños oscilaba entre 4 y 15 años y, aproximadamente, el 25% pertenecían al sexo femenino. La mayoría de los autores establecían el criterio inicial de éxito en 14 noches consecutivas secas. Alrededor del 41% de los sujetos recayeron entre el primer y los seis meses posteriores al tratamiento, pero el 66% de los que recibieron reentrenamiento (80) consiguieron permanecer establemente secos.

La diferencia más significativa, respecto a la revisión de YATES (1970) se centra en el alto porcentaje de recaídas encontrado por DOLEYS (1970). Sin embargo, creemos que tal discordancia se debe, sin duda, a los distintos criterios adoptados por los autores sobre el concepto de recaída. En la TABLA Nº 2, pueden observarse claramente estas diferencias.

2.1.3.1.- Comparación con otros Métodos de Tratamiento.

Según se desprende de los resultados experimentales, - podría afirmarse que el método de MOWDER ha demostrado ser más efectivo en la corrección de la enuresis nocturna que otros procedimientos, tales como la Psicoterapia (DE LEON y MANUEL, 1966); despertar al -

niño sin alarma (BAKER, 1969); el uso de medicación (YOUNG, 1965, BLACKWELL y CURRAH, 1973) y el entrenamiento en retención (FIELDING, 1980 a; GRAÑA y CARROBLES, 1980).

DE LEON y MANDELL (1966) compararon la técnica de MOW-
RER con consejo Psicoterapéutico y con un grupo de control que no re-
cibía tratamiento. El criterio inicial de éxito se estableció en 13
noches consecutivas secas; un 80% de los sujetos que recibieron con-
dicionamiento consiguieron tal criterio, frente a un 10% en el grupo
de Psicoterapia y un 11% en el Control. La Psicoterapia resultó tan
poco efectiva como el no tratamiento.

DISCIE (1971) encontró resultados algo mejores que los
de DE LEON y MANDELL (1966) con una forma de Psicoterapia que consis-
tía en que los padres comprendieran el problema de la enuresis, pre-
miar a sus hijos cuando éstos tuvieran la cama seca y que no utili-
zaran el castigo cuando la cama estuviera mojada. El niño registraba
las noches mojadas y mantenía una serie de entrevistas con el terapeu-
ta. Se comparó esta forma de terapia con el método de la alarma. DIS-
CIE informó que un 37% de los niños consiguieron alcanzar el criterio
inicial de éxito con la Psicoterapia, frente a un 92% con la técnica
de MOWRER. Sin embargo, recayeron más niños con la técnica de MOWRER
(30%) que con la otra forma de terapia.

A diferencia del estudio de DE LEON y MANDELL (1966),
DISCIE (1971) no realizó una distribución de los sujetos a cada uno
de los grupos de tratamiento, sino que los sujetos que recibieron el
procedimiento de la alarma fueron los que habían fracasado con la Psi-
coterapia, por tanto, como ha señalado DOLEYS (1977), los resultados
de DISCIE deben tomarse con cierta reserva.

Los resultados obtenidos recientemente por SING y Cole. (1980) se aproximan bastante más a los publicados por DE LEON y MAN - DELL (1966) que a los de DISCHE (1971). Estos autores utilizaron una forma de terapia muy parecida a la que usó DISCHE (1971): se pedía a los padres que no rifieran al niño por hacerse pis, que lo despertaran a orinar dos horas después de acostarse y que lo premiaran por las noches secas. Además se recomendó restringir los líquidos durante la tarde y que los niños tomaran unas pastillas (placebo) de vitamina D. De los 20 enuréticos tratados, sólo 3 (15%) consiguieron el criterio inicial de éxito durante las 5 semanas que duró el tratamiento.

Uno de los factores comúnmente utilizado en esta forma de terapia es el uso del refuerzo positivo. No existe acuerdo acerca del efecto que puede tener en la disminución de la enuresis, mientras algunos autores opinan que su uso influye positivamente (AZHIN y Cole. 1973, 1974); otros (YATES, 1975) consideran que no es un factor relevante en la reducción de la enuresis nocturna. MOTTA (1979) informó que no había diferencias significativas en cuanto a la eficacia del procedimiento de MOWRER, entre los niños que habían recibido refuerzo positivo y los que no lo habían recibido.

En el trabajo de BAKER (1969) se confirmó la efectividad del método de MOWRER comparado con un procedimiento similar pero sin alarma (despertar al niño a una hora fija, anterior al momento de hacerse pis). Un 78% de los sujetos tratados con condicionamiento, consiguieron el criterio inicial de éxito, frente a sólo un 14% con el otro procedimiento. Un sujeto perteneciente al grupo de control (no tratamiento) dejó de orinarse durante las 10 semanas que duró el experimento.

BAKER analizó también si, como consecuencia del trata-

miento con el método de alarma, se producían ciertos cambios en la adaptación y ajuste psicológico posterior del niño. El objeto era averiguar si, como han sugerido ciertos autores (SPERLING, 1965), la enuresis debe ser considerada como un síntoma externo de una perturbación básica más profunda, por lo que eliminando sólo la enuresis, la causa del problema permanecería y podría manifestarse de alguna otra forma. Tal fenómeno es conocido en la literatura como SUSTITUCIÓN DE SÍNTOMAS.

BAKER (1969) utilizó una serie de medidas pre y posttratamiento que incluían la evaluación de los padres, maestros y el propio niño, sobre el grado de adaptación, problemas de conducta y personalidad. Los resultados indicaron que los niños "estaban más felices, menos ansiosos, más maduros y que asumían más responsabilidades" que antes del tratamiento. BAKER (1969, pág. 150) concluía que:

"Es posible que no surjan nuevos síntomas porque orinarse en la cama es simplemente un hábito deficitario más que la expresión de un conflicto interno".

Estos resultados coinciden con los publicados previamente por MOWRER y MOWRER (1938); LOVIBOND (1964) y posteriormente por SILVERSTEIN (1973) o ANGULO (1978). Respecto al problema de la sustitución de síntomas, se puede afirmar con suficiente garantía y de acuerdo con YATES (1970) y DOLEYS (1977), que:

"No hay ninguna evidencia de que la enuresis sea un síntoma de algún conflicto o perturbación subyacente, que el éxito en el tratamiento de la enuresis no produce cambios adversos de personalidad ni sustitución de síntomas" (YATES, 1970, pág. 116).

"Estos datos ... tienden a continuar apoyando no sólo la eficacia de los procedimientos de condicionamiento, sino también la validez de la teoría del aprendizaje en la explicación de la enuresis". (DOLEYS, 1977, pág. 38).

Existe bastante acuerdo acerca de que el uso de las drogas proporciona un éxito escaso en la corrección de la enuresis, y de que el método de la alarma es más efectivo y menos nocivo para la salud del niño (YATES, 1970; BLACKWELL y CURRAH, 1973; WALKER, 1978; STEWART y GATH, 1978).

YOUNG (1965) comparó la técnica de MOWLER con el efecto de una serie de drogas (dexedrina, belladona, divinalmil). Los resultados indicaron que, el método de condicionamiento fue más rápido (entre uno y seis meses, frente uno y 9 meses); un mayor porcentaje de sujetos obtuvieron el éxito (63% de 105, frente a 30% de 273) y que el número de recaídas fue menor (13% frente a 28%), que en el tratamiento con drogas.

BLACKWELL y CURRAH (1973) realizaron una cuidadosa investigación sobre la eficacia de las drogas más usadas (imipramina, anfetamina, amitriptilina, anticolinérgicos, etc.) en la corrección de la enuresis. Los autores concluyeron que los antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina) eran los únicos que resultaban ser significativamente más efectivos que un placebo. El efecto positivo de la medicación, cuando ocurre, se observa en la primera semana; la continencia total ocurre en menos de la mitad de los casos tratados y la recurrencia de la enuresis aparece poco tiempo después de abandonar la medicación. Estos datos coinciden con los publicados por otros autores (STEWART y GATH, 1978; WALKER, 1978) con posterioridad a la revisión de BLACKWELL y CURRAH (1973).

BLACKWELL y CURRAH (1973) indicaban que la mayoría de los estudios que habían utilizado imipramina o amitriptilina coincidían en señalar la ausencia de efectos secundarios serios derivados de la ingestión de dichas sustancias. Sin embargo, PARKIN y FLOWER,

(1972) en un estudio retrospectivo de los casos de intoxicación por ingestas de antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina) ocurridos en un hospital entre 1966 - 1971, encontraron que 6 niños (de 22) a quienes se les había prescrito estos fármacos para controlar la enuresis, se habían intoxicado a consecuencia de los mismos. STEWART (1975) ha mencionado la aparición de ciertas alteraciones psicológicas, tales como alteraciones del sueño, irritabilidad, nerviosismo y problemas de concentración. BINDEGLAS y DEE (1978) publicaron un estudio de 10 años de seguimiento sobre 29 jóvenes que habían sido tratados por enuresis con imipramina 10 años antes (BINDEGLAS y DEE, (1968), a fin de averiguar los efectos de la droga a largo plazo. Los autores concluyeron que la imipramina había resultado efectiva en el tratamiento de la enuresis y que no había producido complicaciones psicológicas.

Algunos estudios han investigado si el uso de drogas - estimulantes (anfetaminas) del Sistema Nervioso Central, facilitaban la adquisición de la Rc de despertar, si se utilizaban conjuntamente con el método de la alarma, en el supuesto de que, al producir un patrón de sueño más ligero, el niño respondería con más facilidad ante la necesidad de orinar o al sonido de la alarma.

YOUNG y TURNER (1965) compararon 3 grupos de tratamiento; en uno se utilizaba solamente la técnica de MOWRER y en los otros 2 se utilizaba además del aparato de alarma, la ingestión de methedrina y dexedrina, respectivamente. Los resultados indicaron que, en efecto, el proceso de condicionamiento se aceleraba con el uso de las drogas. Sin embargo, el porcentaje de recaídas era mayor en estos grupos que en el que recibió sólo condicionamiento. TURNER y YOUNG, (1966) confirmaron estos datos un año después. La diferencia en la tasa de recaídas era significativamente mayor ($P < 0.01$) en los grupos

que habían sido tratados con condicionamiento más drogas (75,8% con dextedrina; 43,3% con methedrina, frente a un 31,7% en el grupo de condicionamiento sólo). Además la dextedrina producía significativamente más recaídas ($P < 0.01$) que la methedrina. BLACKWELL y CURRAH (1973) aseguran que no existe apoyo experimental que justifique la utilización de las anfetaminas para corregir la enuresis. Por otro lado, Mc CONAGHY (1969) ha indicado que la anfetamina utilizada sola o en compañía del método de alarma, produce más efectos secundarios (insomnio, irritabilidad) que la imipramina.

En cuanto a la efectividad del método de MOWBER comparado con otros procedimientos conductuales, tales como el Entrenamiento en Retención (KIMMEL y KIMMEL, 1970) y el Entrenamiento en Cama Secca (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, 1974), es ampliamente discutida en otro lugar de este trabajo, razón por la cual no la tratamos aquí. Sin embargo, mencionaremos que la técnica de MOWBER parece más eficaz para corregir la enuresis nocturna que el entrenamiento en retención (FIELDING, 1980 a; GRAÑA y CARROBLES, 1980). En ambos estudios, el entrenamiento en retención tuvo apenas efecto sobre la enuresis a lo largo del tratamiento.

2.1.4.- Procedimientos diseñados para controlar las recaídas.

Probablemente, uno de los problemas más serios que puede afectar al método de la alarma, consista en el alto porcentaje de

sujetos que recaen (30% YATES, (1970); 41% DOILEYS (1977)) una vez alcanzado el criterio inicial de éxito. Tal porcentaje varía de un estudio a otro, en función del criterio adoptado para definir qué debe entenderse por recaída. Por ejemplo, YOUNG y MORGAN (1972 a, 1973 b) y JEHU y Cols. (1977) consideraron como recaída, la recurrencia de la enuresis hasta el punto de que los padres necesitaban pedir de nuevo ayuda, en tanto que TAYLOR y TURNER (1975) entendían como tal, mojar la cama más de una vez a la semana, y FINLEY y Cols. (1973), 3 ó más noches en semana.

Aunque la falta de acuerdo, a la hora de definir una recaída, es evidente, los autores suelen coincidir en la interpretación teórica del fenómeno. En este sentido, las recaídas son interpretadas como un proceso de extinción de la Respuesta condicionada cuando se retira el refuerzo. Recientemente, se han llevado a cabo una serie de investigaciones encaminadas a reducir la tasa de recaídas. Los trabajos se han centrado básicamente en dos áreas, el sobreaprendizaje, sugerido ya en los escritos de MOWLER y MOWLER (1938) y el refuerzo intermitente, inicialmente desarrollado por LOVITON (1963 a, 1963 b, 1964). Un resumen de estos trabajos se encuentra recogido en la TABLA Nº 2.

2.1.4.1.- El Sobreaprendizaje. Resultados Experimentales.

El sobreaprendizaje consiste en proporcionar ensayos adicionales de condicionamiento, a fin de fortalecer la Respuesta condicionada y hacerla más resistente a la extinción. MOWLER y MOWLER -

(1938) proponían que, una vez alcanzado el criterio de 7 noches secas, el niño debía beber 1 ó 2 vasos de agua, inmediatamente antes de irse a la cama, entre tanto el aparato de alarma se debió de seguir utilizando hasta que el niño consiguiera otra vez el mismo criterio.

YOUNG y MORGAN (1972 a, pág. 148) comentaban que, a través de la ingestión de líquido, cabría esperar que la actividad — del músculo detrusor se incrementase ya que los riñones estarían forzados a producir más orina. Si esta actividad adicional era tolerada sin que se produjera la micción refleja, la respuesta aprendida (inhibición de la orina y/o despertar) sería fortalecida progresivamente a través de un proceso de generalización del estímulo a cantidades mayores de orina en la vejiga. En caso contrario, si el detrusor no toleraba esta actividad adicional, tendría lugar la micción y podrían realizarse nuevos ensayos de condicionamiento (Sobreaprendizaje).

YOUNG y MORGAN (1972 a) llevaron a cabo una investigación sistemática sobre la efectividad del sobreaprendizaje. Un total de 144 sujetos fueron tratados con el método de la alarma. De los 101 que alcanzaron el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas), 67 fueron asignados a una situación de sobreaprendizaje. En tal situación, debía beber dos vasos grandes de líquido o una cantidad lo más próxima a ésta, durante una hora antes de acostarse y conseguir otra vez el criterio anterior. La introducción del sobreaprendizaje produjo de nuevo, en 6 casos, un incremento de la micción nocturna tan grande que tuvo que suspenderse el procedimiento.

El seguimiento se llevó a cabo por carta, durante un intervalo entre 3 y 2 años; los autores enviaron una carta a los padres a los 3 meses del alta y cada seis meses después. La recidiva fue definida siguiendo el criterio de los padres acerca de si necesi-

taban o no ayuda. Los resultados confirmaron la eficacia del sobreaprendizaje como un medio para controlar las recaídas. Un 34,8% de los sujetos que no habían recibido "práctica adicional" recayeron, frente a un 12,7% de los que realizaron sobreaprendizaje. La diferencia resultó estadísticamente significativa ($P < 0.02$).

Al comienzo del estudio, YOUNG y MORGAN (1972 a) habían pensado que, probablemente, se produjera un mayor número de abandonos en el grupo que tenía que continuar el tratamiento durante más tiempo como consecuencia del sobreaprendizaje. Esta hipótesis resultó firmemente rechazada, puesto que contrariamente a lo esperado, solamente un 9,8% de los niños que recibieron sobreaprendizaje abandonó prematuramente el tratamiento, frente a un 44,8% en el otro grupo ($P < 0.001$).

Aunque los datos del estudio son bastante favorables, sin embargo, como ha puntualizado RUSG (1981), los autores no han relacionado sus resultados con sus explicaciones teóricas, de modo que en la investigación no queda claro si los niños que recibieron sobreaprendizaje tuvieron también más ensayos de condicionamiento, o si se produjo un fortalecimiento de la R.C. (inhibición, despertar) sin necesidad de nuevos ensayos. En este último supuesto, cabría esperar, que la ingestión de líquido sea por sí misma suficiente para fortalecer la R. condicionada.

En un estudio retrospectivo sobre 344 pacientes, YOUNG y MORGAN (1972 b), comunicaron resultados muy similares a los anteriores (1972 a). Tan sólo un 10% de los sujetos tratados con sobreaprendizaje habían recaído, en un periodo comprendido entre 3 y 41 meses posterior al tratamiento, mientras que recayeron un 29% de los tratados sólo con el método de la alarma.

Los mismos autores (YOUNG y MORGAN, 1973 b) analizaron una serie de variables, tales como, edad, sexo, factores situacionales, severidad de la enuresis, clase social, no cooperación y personalidad y las relacionaron con la presencia o ausencia de recaídas. Los resultados indicaron que de las 40 variables seleccionadas como potencialmente relacionadas con el problema de las recaídas, solamente una, la edad, parecía tener cierta incidencia, en el sentido de que los sujetos mayores tendían a recaer antes que los de menor edad ($r = 0.47$). YOUNG y MORGAN (1973 b, pág. 221) concluyeron que las recaídas :

" son consecuencia de la ineficacia del propio tratamiento y que son independientes del paciente y de variables culturales. La continencia parece ser una función del tratamiento y no su receptor, la recaída concebida como una extinción de la respuesta ocurre con probabilidad - en un 30% de la población tratada, a menos que se controle por un proceso tal como el sobreaprendizaje ".

Los resultados obtenidos por TAYLOR y TURNER (1975) apoyan también la efectividad del sobreaprendizaje como un método válido para disminuir la tasa de recaídas. Estos autores iniciaron el sobreaprendizaje después de 7 noches secas, a diferencia de YOUNG y MORGAN (1972 a, 1972 b) que lo iniciaban después de 14.

En el estudio de TAYLOR y TURNER participaron 61 enuréticos de 9 años de edad (media) que fueron tratados con el método de alarma, pero utilizado bajo tres condiciones experimentales, refuerzo continuo, refuerzo intermitente y sobreaprendizaje. El análisis de datos reveló que los tres grupos no diferían significativamente, en cuanto al número de ensayos practicados hasta conseguir el criterio (12; 11, 20; 17, 36) ni en la duración del tratamiento (9, 20; 16, 22;

y 12, 36 meses, respectivamente). Sin embargo, si hubo diferencias significativas a favor del sobreaprendizaje ($P < 0.05$) respecto al número de sujetos que recayó durante el periodo de seguimiento (de 8,5 a 15,5 meses). Tal porcentaje fue de un 69,2% en el grupo que recibió el método de alarma con una escala de refuerzo continuo; un 44,4% en el que recibió refuerzo intermitente y un 23,1% en el de sobreaprendizaje. La tasa de recaídas parece excesivamente elevada en los tres grupos de tratamiento, quizás por el criterio utilizado para definirla (más de una vez por semana).

TAYLOR y TURNER (1975) sugerían que el éxito del sobreaprendizaje no se debía exclusivamente al número extra de ensayos de condicionamiento, sino que el aprendizaje ocurría cuando el niño se despertaba espontáneamente a orinar, lo que hacía suponer que ciertos factores cognoscitivos se encuentran implicados en el proceso; tales factores estarían relacionados con un aumento de confianza al darse cuenta de que son capaces de mantener la continencia a pesar de la ingestión adicional de líquido. MORGAN (1978) llamaba la atención sobre el hecho de que posiblemente la ingestión de líquidos incrementa la capacidad funcional de vejiga, lo que beneficiaría también el control sobre la orina.

Para terminar, y a modo de conclusión, parece conveniente recomendar la utilización del sobreaprendizaje en la práctica clínica, cuando se utilice la técnica de MOWLER, puesto que todos los estudios revisados han demostrado una reducción significativa en las tasas de recaída.

2.1.4.2.- El Refuerzo Intermitente. Resultados Experimentales.

Es suficientemente conocido en la Psicología Experimental (JENKINS y STANLEY, 1950) el hecho de que utilizar una escala de refuerzo intermitente durante el proceso de adquisición de una respuesta condicionada clásicamente, hace a ésta más resistente a la extinción que si se utiliza una escala de refuerzo continuo. Normalmente, en el procedimiento de MOWLER, los ensayos de condicionamiento se realizan bajo una escala de refuerzo continuo, ya que el inicio de la micción provoca siempre el sonido del timbre, que, a su vez, produce dos respuestas condicionadas (despertar y contracción del esfínter o inhibición de la orina).

Desde una interpretación teórica diferente, LOVIBOND (1963 b, 1964) había sugerido la necesidad de utilizar una escala de refuerzo intermitente con el fin de reducir el alto porcentaje de recaídas (extinción) que ocurrían una vez adquirido el control nocturno de la orina. Sin embargo, los intentos por confirmar experimentalmente esta hipótesis, si bien iban en la dirección prevista, no lograron alcanzar un nivel de significación estadística (LOVIBOND, 1963 b, 1964; TURNER, YOUNG y RACHMAN, 1970).

FINLEY, BESSERMAN, BENNETT, CLAPP y FINLEY (1973) indicaron que en los anteriores estudios se había considerado cada noche como un único ensayo, de modo que los ensayos no reforzados se conseguían simplemente no conectando el aparato de alarma durante una noche entera. FINLEY y cols. hacían notar que es bastante frecuente — que los enuréticos orinen más de una vez por noche, sobre todo en la primera fase del condicionamiento. Consecuentemente, el efecto de —

los reforzamientos iniciales podría extinguirse durante la fase de adquisición en las primeras noches del entrenamiento. Los autores sugerían que parecía más conveniente desde un punto de vista experimental considerar cada micción como un ensayo, de manera que en una misma noche, ocurrieran ensayos reforzados y no reforzados.

FINLEY y Cols. (1973) diseñaron un aparato de alarma - que permitía programar la escala de refuerzo entre el 0% (ausencia de refuerzo) y el 100% (refuerzo continuo) de los ensayos de condicionamiento. El estímulo incondicionado tenía una intensidad de 105 db. e iba acompañado de una luz de 75 W que se encendía en la cabecera de la cama. En los ensayos no reforzados se ponía en marcha un reloj - que, al cabo de 20 minutos, activaba un timbre (75 db.) en la habitación de los padres, de modo que pudiera conocerse el número de micciones reforzadas y no reforzadas.

En el estudio participaron 30 varones entre 6 y 8 años de edad que padecían enuresis nocturna. Los sujetos fueron asignados en grupos de 10 a 3 condiciones de tratamiento: Refuerzo continuo (100% de los ensayos reforzados); Refuerzo intermitente (70% de ensayos reforzados) y Placebo (0%, ausencia de refuerzo e todos los ensayos). El refuerzo intermitente se introducía después de 7 ensayos de refuerzo continuo. La duración del tratamiento se estipuló en 6 semanas, y el criterio inicial de éxito en 7 noches consecutivas secas.

Los resultados mostraron que no había diferencias significativas respecto al número de sujetos que alcanzaron el criterio ni respecto al número de ensayos de condicionamiento, entre los grupos de Refuerzo continuo y Refuerzo intermitente. Ambos diferían del placebo que no tuvo ningún efecto sobre la enuresis, lo que indica la ausencia de reactividad (disminución enuresis) debida al simple uso del aparato de alarma.

Después de tres meses de seguimiento, un 44% de los sujetos (10) que obtuvieron el criterio en el grupo de refuerzo continuo, habían recaído, frente a un 12% de los 8 sujetos que alcanzaron el criterio en el grupo que recibió refuerzo intermitente. FINLEY y Cols. (1973) concluyeron que estos datos eran favorables al uso del refuerzo intermitente, porque el periodo de adquisición de la respuesta condicionada era prácticamente el mismo que el que se necesitaba con una escala de refuerzo continuo, mientras que el porcentaje de recaídas era significativamente menor ($P < 0.05$).

TAYLOR y TURNER (1975) tampoco encontraron diferencias significativas respecto al periodo de adquisición de la respuesta condicionada cuando compararon una escala de refuerzo continuo con una de refuerzo intermitente. Sin embargo, sus datos no confirmaron los resultados de FINLEY y Cols. (1973) en cuanto a una disminución de las recaídas cuando se utiliza el refuerzo intermitente.

Una posible explicación de tal discrepancia vendría dada por el hecho de que TAYLOR y TURNER (1975) utilizaron, al igual que LOVIBOND (1963 b, 1964) y TURNER y Cols. (1970), cada noche como ensayo. Otro aspecto que difiere en la investigación de TAYLOR y TURNER (1975) respecto a la de FINLEY y Cols. (1973), es que aquellos introdujeron el refuerzo intermitente después de 15 noches de refuerzo continuo, mientras FINLEY y Cols., lo hicieron después de 7 ensayos (micciones) de refuerzo continuo.

Los resultados de TAYLOR y TURNER (1975) indicaban que el sobreaprendizaje era más efectivo en la reducción de las recaídas que el refuerzo intermitente. El porcentaje de sujetos que recayó, una vez alcanzado el criterio, resultó de 69,2% (refuerzo continuo), 44,4%

(refuerzo intermitente) y 23,1% (sobreadrendizaje).

FINLEY, WANSLEY y BLENKARN (1977), obtuvieron resultados similares a los de FINLEY y Cols. (1973), confirmando que el refuerzo intermitente reducía el porcentaje de recaídas.

El estudio se realizó con una muestra mayor de sujetos (80) aunque menos homogénea en edad (entre 5 y 14 años) que la del estudio de 1.973. Todos los sujetos recibieron el mismo tratamiento, método de alarma con un programa de refuerzo intermitente en el 70% de ensayos. No se determinó previamente la duración del tratamiento, definiéndose la recaída como mojar la cama 3 o mas noches en la semana, una vez adquirido el criterio inicial (14 noches consecutivas secas).

El análisis de datos reveló que un 93,75% de los sujetos consiguieron el criterio inicial de éxito y de éstos un 25% recaeron en los 10 meses siguientes (rango 4 - 18). Los autores compararon sus datos con los publicados por otros entre 1966 y 1976, en cuyos trabajos se había utilizado refuerzo continuo con el método de la alarma. La tasa media de recaídas derivada de estos estudios fue del 47% frente al 25% obtenido por FINLEY y Cols. (1977). La diferencia entre ambas fué estadísticamente significativa ($P < 0.0002$).

FINLEY, WANSLEY y BLENKARN (1977) analizaron el índice de recidas en función de la edad y encontraron que tal índice era significativamente más elevado en los niños de 9 a 10 años que en los de 5 a 6 y 7 a 8. Estos resultados son similares a los obtenidos por YOUNG y MORGAN (1973 b) quienes informaron que los niños mayores tendían a recaer más rápidamente que los más pequeños.

FINLEY y Cols. (1977) concluyeron que las diferencias entre sus resultados y los de TAYLOR y TURNER (1975) respecto al índice recaídas (25% frente a 44%) podrían ser atribuidas a la edad de los sujetos más que a la inoperancia del refuerzo intermitente. La edad media de la muestra utilizada por TAYLOR y TURNER fue de 9 años, por lo que es posible que el porcentaje de recaídas se viera incrementado por los sujetos de 9 a 10 años. Sin embargo conviene destacar que, — precisamente, el grupo que recibió refuerzo intermitente, en el trabajo de TAYLOR y TURNER (1975) tenía una edad media inferior (7 años y 2 meses) a la de los grupos que recibieron refuerzo continuo (10 años 3 meses) y sobreaprendizaje (8 años 8 meses), por lo que no parece — que la edad pueda explicar las discrepancias entre los resultados de ambos trabajos.

Resumiendo, de los estudios revisados parece desprenderse (ver TABLA Nº 2) que los resultados obtenidos con el sobreaprendizaje son más homogéneos (YOUNG y MORGAN, 1972 a, 1972 b, 1973 b; TAYLOR y TURNER, 1975; JEHU y Cols. 1977) que los encontrados con el refuerzo intermitente (LOVIBOND, 1963 b, 1964; TURNER y Cols. 1970 ; FINLEY y Cols., 1973; TAYLOR y TURNER, 1975; FINLEY y Cols., 1977), pero que en cualquier caso, ambos métodos resultan eficaces para disminuir el porcentaje de sujetos que recaen después de alcanzar el criterio inicial de éxito.

Lo anterior sugiere la necesidad de implantar ambos — procedimientos cuando se utilice el método de la alarma.

TABLA Nº 2 .- RESULTADOS EXPERIMENTALES SOBRE EL USO DEL SOBREPONIBLE Y REFUERZO INTERMITENTE

PARA CONTROLAR LAS RECAIDAS

058

A U T O R E S	Nº Sujetos (varones/mujeres)	Edad Rango	Clase de Enuresis	Características - Tratamiento	Duración Tre- tamiento (semanas)	Criterio Ini- cial de éxito (días)	% de sujetos - que alcanzan - criterio	Duración se- guimiento (meses)	% de sujetos - que recusan	Definición Recída
YOUNG y MORGAN (1972 a)	144 (99 : 45)	4 - 15	Nocturna primaria y secundaria	Sobreponible - ve. uso normal de la alarma.	N.I.	14	70 %	3 - 24 (Rango)	12 % 35 %	Recurrida de enuresis hasta el punto en que los padres se licitaban de nuevo ayuda.
YOUNG (1) y MORGAN (1972 b)	244 (N.I.)	N.I.	Nocturna	Sobreponible - ve. uso normal de la alarma.	N.I.	14	No aplicable (1)	3 - 41	10 % 29 %	Recurrida enuresis aurose - fuera muy leve o infrecuente.
YOUNG y MORGAN (1) (1973 b)	108 (72 : 36)	4 - 15	N.I.	Sobreponible - ve. uso normal de la alarma.	N.I.	14	No aplicable (1)	3 - 24 (Rango)	24 % (ambos grupos)	Recurrida de enuresis hasta el punto de que los padres se licitaban ayuda.
FINLEY y COLS. (1973)	30 (30 : 0)	6 - 8	Nocturna	Refuerzo Intermit. tanto, 70% Ref. Continuo 100 % Ref. Puntos 0 %	6 (medio)	7	80 % 100 % 0 %	3	12 % -	Mujer la casa 3 ó más noches por semana.
TAYLOR y TURNER (1973)	82 (68 : 14)	9 (media) 4,1-13,7	Nocturna y diurna (10 sujetos) 13 y 2	Refuerzo Intermit. tanto 50% - continuo - Sobreponible	16,22 9,78 12,36	28	50 % 61,9 % 55 %	14,3 13,5 6,5	44,4 % 69,2 % 23,1 %	Mujer la casa tres ó más no- ches por semana.
FINLEY, WANGLEY y BLEMARN (1977)	80 (56 : 22)	6 (media) 5 - 14	Nocturna - Primaria.	- Refuerzo Intermit. tanto 70 %.	7 (media)	14	93,75%	4 - 18	25 %	Mujer la casa tres ó más no- ches por semana.
JEHU y COLS. (1977)	39 (25 : 14)	9,4 (media) 4,9-14,7	Nocturna	Sobreponible - No tratamiento	11,9 (media)	14	94,75%	6 - 20	25 %	Recurrida enuresis auri - ciente para requerir reente resistente.

(1) Estudios retrospectivos sobre 344 sujetos que fueron dados de alta en 1.967 y sobre 108 dados de alta en 1.968, respectivamente.
(2) Estudios retrospectivos sobre 300 sujetos que fueron dados de alta en 1.967 y sobre 108 dados de alta en 1.968, respectivamente.

N.I. = No indicado

2.1.5.- Evaluación General. El problema de los fracasos.

Ante todo, es necesario mencionar una vez más que el método de MOWNER ha demostrado ser un procedimiento efectivo para corregir la enuresis nocturna en el 75% (DOLEYS, 1971) u 80% (YATES, 1970; TURNER, 1973) de los casos tratados.

El alto porcentaje de sujetos que recae durante el año posterior al tratamiento se ha considerado como uno de sus mayores defectos, sin embargo, los resultados experimentales obtenidos con el sobrepaprendizaje y el refuerzo intermitente han mostrado la posibilidad de corregirlo.

Otra dificultad consiste en averiguar por qué un determinado número de enuréticos fracasan en la adquisición de la continencia nocturna con el método de la alarma. Se entiende por FRACASO tanto los sujetos que no consiguen alcanzar el criterio inicial de éxito como los que abandonan prematuramente el tratamiento (DOLEYS, 1977).

La falta de colaboración de los padres ha sido una de las razones que se ha encontrado más frecuentemente asociada con el fracaso del tratamiento (YOUNG, 1965; TURNER y Cols. 1.970; YOUNG y MORGAN, 1972 c; COLLINS, 1973; TAYLOR y TURNER, 1975).

El hecho de que el niño no se despierte ante el sonido de la alarma, se ha considerado también otra importante causa (BROWNING 1967; YOUNG y MORGAN, 1973c; TAYLOR y TURNER 1975).

No obstante lo anterior, TAYLOR y TURNER (1975) señalan

han la dificultad de diferenciar entre ambas razones, puesto que las dos parecían estar relacionadas entre sí; por ejemplo, en su estudio coincidía que los padres de los sujetos que no se despertaban eran --- los que mostraban mala colaboración, no acudiendo a las citas con el terapeuta. En un mismo sentido se expresaban YOUNG y MORGAN (1972 c) indicando que cuando los niños no oían la alarma, los padres abandonaban prematuramente el tratamiento.

En cambio, TURNER, YOUNG y MORGAN (1970) indicaban que los 39 casos (47,6%) que habían abandonado el tratamiento en su estudio, era claramente por colaboración, los padres no seguían las instrucciones recomendadas. 25 madres dijeron que no habían podido cooperar y usaron el aparato solamente una ó dos noches. Cuatro padres se quejaron del ruido de la alarma y la desconectaron. Dos niños desconectaron sistemáticamente la alarma y en 7 casos se abandonó el tratamiento por diferentes razones domésticas. Sólo en un caso se dejó el tratamiento debido a falsas alarmas.

Debido a lo anterior, algunos autores (YOUNG y MORGAN, 1973 a; FINLEY y WANSLEY, 1977) han investigado la relación existente entre la intensidad del estímulo y una mayor eficacia terapéutica.

YOUNG y MORGAN (1973 a) compararon tres tipos de alarmas de 80, 86 y 90 decibelios. Calcularon un índice de eficacia para cada una de las intensidades, dividiendo el número de veces que sólo la alarma entre la duración del tratamiento (meses). Los índices obtenidos fueron de 4,88, 4,37 y 4,74 correspondientes a las tres intensidades utilizadas (80, 86 y 90 db., respectivamente) y no hubo diferencias significativas entre ellos. Los autores señalaron que la intensidad de la alarma variaba en función de las características del

cuarto (tamaño, muebles) y del lugar donde se colocara la alarma, por lo que, posiblemente, se habían anulado las diferencias iniciales de las tres intensidades comparadas.

FINLEY y WANSLEY (1977) controlaron esas variables, colocando el aparato de alarma en el lugar de la habitación del niño en que alcanzaba la intensidad requerida por el experimento. En su estudio participaron 20 varones con edades comprendidas entre 6 y 9 años y que padecían enuresis nocturna primaria. Compararon dos intensidades, 80 y 105 decibelios. Las variables dependientes fueron: número de micciones por semana, porcentaje de niños que alcanzaba el criterio inicial y porcentaje de niños que recaían.

Los resultados indicaron que 7 de los 10 niños que utilizaron el estímulo más intenso (105 db.) alcanzaron el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas) frente a 4 de los 10 niños en la otra condición (intensidad de 80 db.). La diferencia resultó estadísticamente significativa ($P < 0.05$) y no hubo diferencias entre grupos respecto al índice de recaídas.

En un análisis posterior, FINLEY y WANSLEY (1977), clasificaron a los sujetos en dos grupos: los que respondieron mejor al tratamiento (dejaron de orinarse en 4 semanas de tratamiento) y los que respondieron peor (aquellos que seguían mojando la cama después de 4 semanas). Los sujetos que respondieron peor al tratamiento habían mojado la cama significativamente más veces con la alarma de 80 db. que con la de 105 db. Estas diferencias no ocurrían entre los sujetos que respondieron más rápidamente al tratamiento. Los autores concluyeron que la intensidad del estímulo utilizado parece afectar a la eficacia del tratamiento, sobre todo, en los sujetos que responden peor.

Desde un punto de vista teórico, FINLEY y WANSLEY (1977) suponían que la enuresis era una manifestación de un desorden en el sistema de sueño - activación (arousal) y que, probablemente, los niños que fracasaban con el método de alarma poseían un umbral de activación más alto, conociendo este nivel se podría predecir el éxito en el control de la enuresis con el método de la alarma.

Aunque los resultados de FINLEY y WANSLEY (1977) apoyan la idea de utilizar aparatos de alarma con estímulos bastante intensos, ni ellos, ni YOUNG y MORGAN (1973 c) nos sacan de dudas acerca de la importancia que el despertar o no ante el sonido de la alarma pueda tener en el éxito del tratamiento. Resulta difícil de explicar por qué ninguno de los dos ha registrado si los niños se despertaban o no, cuántas veces lo hacían y si el despertar estaba relacionado con el éxito o fracaso del tratamiento. Esto último parece desprenderse de los comentarios teóricos de FINLEY y WANSLEY (1977) pero no del análisis de sus datos.

Varios autores han intentado averiguar si los factores relativos a la historia socio cultural del niño pueden estar relacionados con el éxito o fracaso del procedimiento de MOWRER (YOUNG y MORGAN, 1972 c; TAYLOR y TURNER, 1975; MOTTA, 1979).

TAYLOR y TURNER, (1975) compararon los sujetos que habían sido tratados con éxito con los que fracasaron (un 46,2% de la muestra), en cuanto a la edad, sexo, severidad y tipo de enuresis, antecedentes familiares de enuresis, factores situacionales, problemas

de conducta, alteraciones del sueño y clase social). Ninguna de estas variables resultó estar significativamente relacionada con el éxito ante el tratamiento. Los autores realizaron un análisis individual de los 26 sujetos que habían fracasado a fin de identificar la razón primordial de la falta de éxito del tratamiento. Encontraron que 10 sujetos no se habían despertado ante la alarma por lo que los padres no acudían a las citas con el terapeuta. En otros 10 casos, los padres abandonaron el tratamiento sin ninguna razón aparente que justificara tal decisión. En 4 casos, habían desconectado la alarma o el niño no quería ir a la cama. Solamente en un caso, el sonido de la alarma acustaba al niño, por lo que los padres decidieron dejar el tratamiento.

Los resultados obtenidos por TAYLOR y TURNER (1975) sobre el efecto del sexo, severidad y tipo de enuresis, contrastan con los publicados por MOTTA (1979) o FIELDING (1980 a, 1980 b).

En un estudio bien controlado, MOTTA (1979) encontró que el sexo, la severidad de la enuresis (frecuencia con que los niños mojaban la cama durante la línea base) y los antecedentes familiares de enuresis, estaban relacionados con el éxito del tratamiento, definido operativamente como, tiempo requerido para obtener el criterio inicial de éxito y frecuencia de enuresis durante el seguimiento.

Sus datos indicaron que las niñas necesitaban menos tiempo que los varones para conseguir el criterio inicial de éxito ($P < 0.005$). La frecuencia inicial de enuresis estaba negativamente relacionada con el tiempo de tratamiento ($r = -0.59$; $P < 0.01$), es decir, los niños que mojaban la cama más veces al inicio del tratamiento

to, necesitaban menos tiempo para adquirir la continencia. Como ha señalado MOTTA, en estos casos se realiza un mayor número de ensayos de condicionamiento, y, consecuentemente, se necesita menos tiempo para adquirir la respuesta condicionada que en los casos donde la frecuencia inicial de enuresis es menor, casos en que deberán transcurrir más días hasta realizar igual número de ensayos.

Finalmente, los niños cuyos padres habían sido enuréticos, tenían recaídas (mojaban la cama) con más frecuencia en el seguimiento ($P < 0.01$) que los niños en cuyos padres no existían antecedentes de enuresis. MOTTA sugería que, en el caso de que pudiera existir un factor hereditario relacionado con la enuresis, este parecía operar en el sentido de una mayor resistencia al tratamiento. YOUNG y MORGAN (1972 c) habían encontrado que esta variable estaba positivamente relacionada con el abandono prematuro del tratamiento.

MORGAN y YOUNG (1975) investigaron si las actitudes de los padres ante la enuresis influían en el éxito del tratamiento. Los resultados revelaron que esta variable no parecía estar relacionada con la respuesta al tratamiento, aunque las madres menos tolerantes abandonaban el tratamiento con más facilidad que las madres más tolerantes.

FIELDING (1980 a) comparó la eficacia del método de la alarma entre niños que padecían enuresis nocturna sólo y niños que padecían enuresis nocturna y diurna. Los datos indicaron que el tratamiento era más rápido en los niños que padecían sólo enuresis nocturna ($P < 0.05$) que en los que tenían además enuresis diurna, y que en estos últimos se producía un mayor índice de recaídas (66,7% vs 35,7%)

durante los 6 meses posteriores al tratamiento. La autora concluía que los sujetos que padecen enuresis diurna y nocturna resultan más - difíciles de tratar con métodos de condicionamiento y que es neces- - rio un estudio en profundidad de los mecanismos implicados en la enu- - resis diurna.

SACKS y DE LEON (1973) analizaron la eficacia del méto- do de alarma en dos grupos de enuréticos primarios y secundarios. In- vestigaron también el grado de ajuste psicológico pre y postratamien- to en ambos grupos. Concluyeron que debería cuestionarse la utilidad de tal clasificación, puesto que no había diferencias entre los suje- tos que padecían enuresis nocturna primaria o secundaria, ni respecto al éxito del condicionamiento ni el grado de ajuste psicológico.

Por último, BOLLARD y NETTELBECK (1981) investigaron - si el contacto con el terapeuta ejercía influencia relevante en la e- fectividad del procedimiento de MOWRER. Compararon dos grupos de su- jetos con y sin supervisión terapéutica. Ambos tuvieron dos entrevis- tas con el terapeuta inicialmente, en las cuales se explicaba el pro- cedimiento. Sin embargo, en un grupo se mantuvieron contactos telefó- nicos semanales con los padres y el niño durante el tratamiento, mien- tras que en el otro, se dijo a los padres que, una vez conseguido el criterio inicial (14 noches consecutivas secas), devolvieran el apara- to de alarma al hospital.

Los resultados indicaron que, si se excluían los casos que habían abandonado el tratamiento en el curso de las 20 semanas del experimento, no había diferencias significativas entre el grupo con y sin supervisión respecto a la duración y eficacia del tratamiento.

(disminución de noches mojadas); pero las diferencias surgían a favor del grupo con supervisión terapéutica ($P < 0.05$), cuando se incluían en los datos los sujetos que habían abandonado el procedimiento antes de tiempo. Ninguno de los 15 casos supervisados abandonó el tratamiento en el periodo experimental, mientras que 3 casos de los 15 no supervisados dejaron el tratamiento en diferentes momentos. En general la supervisión directa del terapeuta produjo mejores efectos en cuanto al número de sujetos que conseguía el criterio, el número de accidentes (micciones) durante el tratamiento y el índice de recaídas. Si bien las diferencias no eran estadísticamente significativas.

BOLLARD y NETTELBECK (1981) indicaron que un mayor contacto con el terapeuta parecía incrementar la motivación de la familia para continuar el tratamiento, el seguimiento correcto de las instrucciones y consecuentemente disminuía el número de "fracasos". Concluyeron que el contacto con el terapeuta era un factor importante en la efectividad del tratamiento de la enuresis nocturna con el método de la alarma.

A través de los trabajos revisados, podemos concluir que el número de casos que fracasaron con el método de la alarma puede ser eficazmente disminuido si se controlan una serie de factores. La utilización de un aparato de alarma con una intensidad elevada que asegure que el niño se despierta cuando la alarma es activada por la orina (FINLEY y WANSLEY, 1977). Mantener entrevistas o contactos periódicos con la familia a fin de disminuir la tasa de abandonos e incrementar la motivación y colaboración de los padres (BOLLARD y NET

TELBECK, 1981). Intentar corregir en primer lugar otros problemas de conducta tales como el miedo ante los ruidos (TAYLOR y TURNER, 1975), a la oscuridad (DOLEYS y CIMINERO, 1976) o la incontinencia diurna (FIELDING, 1980 a).

Desde el punto de vista metodológico se impone la necesidad de homogeneizar una serie de criterios que varían considerablemente de un estudio a otro, tales como la duración del tratamiento y el seguimiento; el concepto de recaída, la heterogeneidad de los sujetos, etc. Los autores deberían hacer un esfuerzo por igualar los grupos experimentales en cuanto a edad, sexo, antecedentes familiares de enuresis, si como se ha demostrado (MOTTA, 1979; YOUNG y MORGAN, - 1972 c) estos factores están relacionados con el éxito o fracaso del tratamiento.

Por último, como han sugerido otros autores (CIMINERO y DOLEYS, 1976; DOLEYS, 1977), es absolutamente necesario realizar un registro cuidadoso durante la línea base, tratamiento y seguimiento, al menos de las variables que parecen relevantes en el procedimiento de MOWRER, frecuencia de micción nocturna; noches mojadas; despertar espontáneo ante la necesidad de orinar; número de ensayos de condicionamiento, falsas alarmas, etc.

068

2.2.- ENTRENAMIENTO EN RETENCION VOLUNTARIA DE ORINA. EL

PROCEDIMIENTO DE KIMMEL

2.2.- ENTRENAMIENTO EN RETENCION VOLUNTARIA DE ORINA. EL PRO-
CEDIMIENTO DE KIMMEL.

2.2.1.- Descripción y Fundamentación Teórica.

2.2.2.- Resultados Experimentales sobre Diferencias en Capacidad
Funcional de Vejiga, entre Sujetos Enuréticos y no Enuré-
ticos.

2.2.3.- Efectividad del Entrenamiento en Retención. Resultados -
Experimentales.

2.2.4.- Resumen y Evaluación

2.2.- ENTRENAMIENTO EN RETENCION VOLUNTARIA. EL PROCEDIMIENTO DE KIMMEL

2.2.1.- Descripción y Fundamentación Teórica

El Entrenamiento en Retención, tal como se utiliza en la práctica, fue desarrollado por KIMMEL y KIMMEL (1970) como un método alternativo al procedimiento de MOWRER que permitiera la eliminación de la enuresis sin necesidad de condicionar al niño a despertarse ante los estímulos de distensión de la vejiga.

Las investigaciones de MUELLNER (1951, 1958, 1960) sobre la fisiología de la micción, habían puesto de manifiesto que la capacidad de vejiga de los enuréticos parecía menor que la de los normales, lo que podía observarse en una mayor frecuencia y urgencia en la micción. MUELLNER (1960) sugería que el incremento de la capacidad funcional de vejiga proporcionaría al enurético la habilidad de permanecer seco durante la noche.

Las observaciones de MUELLNER sobre la menor capacidad de vejiga en los niños que padecen enuresis, han sido confirmadas por varios autores (VULLIAMY, 1956; LINDERHOLM, 1966; STARFIELD, 1967; ESPERANCA y GERRARD, 1969; TROUP y HODGSON, 1971; ZALESKI y Cols., 1973; FIELDING, 1980 b).

Pese a lo anterior, KIMMEL y KIMMEL (1970) no realizaron ningún análisis teórico acerca de los posibles mecanismos fisiológicos implicados en el Entrenamiento en Retención. El procedimiento hace hincapié en enseñar al niño a demorar la micción, cuando percibe la necesidad de orinar, por periodos de tiempo que se incrementan progresivamente. Se espera que el aumento del intervalo de retención produzca a su vez un incremento en la capacidad funcional de vejiga que conduzca a la desaparición de la enuresis sin necesidad de que el

niño tenga que despertarse durante la noche a orinar.

KIMMEL y KIMMEL (1970) describieron el proceso en base a un paradigma de condicionamiento operante, donde la conducta de inhibición voluntaria de la orina es "moldeada" paulatinamente, a través del refuerzo positivo aplicado inmediatamente después de finalizar el intervalo de retención. Al final del tratamiento, el umbral de distensión de la vejiga será más alto que al inicio del mismo, de modo que los estímulos que antes provocaban la micción refleja, ahora no inducirán tal respuesta.

El tratamiento se realiza durante el día que es cuando el control voluntario de la orina está presente en la mayoría de los niños y cuando el nivel de alerta facilita la discriminación de los estímulos procedentes de la distensión de la vejiga. El niño es instruido para que informe a sus padres cuándo siente la necesidad de orinar, momento en que se le indica que debe aguantarse durante un cierto tiempo. Al principio, el niño practica la retención voluntaria de la orina durante aproximadamente 5 minutos, periodo que se irá incrementando hasta un total de 30 ó 45 minutos, como máximo. Durante el tratamiento, el niño puede beber lo que quiera sin restricción e incluso se le anima a ingerir una mayor cantidad de lo que habitualmente acostumbra. El aumento de la capacidad de vejiga afectará también a la frecuencia de micción diurna, la cual decrecerá como consecuencia del tratamiento.

Algunos autores (YATES, 1975; DOLEYS, 1977) han cuestionado la utilidad del refuerzo concebido por KIMMEL y KIMMEL (1970), como una variable esencial del procedimiento.

Según YATES (1975), la capacidad de vejiga debe aumentar como consecuencia de la retención voluntaria de la orina y del incremento del umbral de distensión de la vejiga, lo que posibilitará - que el músculo detrusor se adapte a volúmenes y presiones cada vez mayores. Algunos estudios parecen confirmar esta suposición, puesto - que en ellos no se utilizó específicamente el refuerzo y sin embargo se observaron cambios en la capacidad funcional de la vejiga que parecían relacionados con una disminución de la incontinencia nocturna (STARFIELD y MELLITS, 1968; STEDMAN, 1972).

Para YATES (1975), la mayor dificultad de la técnica - de KIMMEL consiste en explicar teóricamente la adquisición de la continencia nocturna. Mientras KIMMEL y KIMMEL (1970) no realizaron ninguna explicación teórica del fenómeno, PASCHALIS, KIMMEL y KIMMEL (1972, Pág. 255) indicaban que si el reforzamiento ocurre en el momento en que el niño ha manifestado ya su deseo de orinar (cuando los indicios de distensión de vejiga están por encima del umbral) y se refuerza una respuesta de inhibición de la orina ante tales indicios, - la consecuencia sería una disminución del número de micciones por día produciéndose una transferencia a la retención nocturna por periodos más largos de tiempo que los que se han reforzado durante la inhibición diurna de la orina.

Por contraposición, YATES (1975, Pág. 95) piensa que - no tiene lógica explicar tal transferencia en base al efecto del refuerzo, sino que el Entrenamiento en Retención permite la adaptación del detrusor a nuevos volúmenes y presiones en la vejiga, por lo que, si el músculo detrusor se adapta en vez de "desbocarse", dicha adaptación se reflejará en una disminución de la micción durante el sueño.

En esencia, la explicación de YATES es similar a la sugerida por PASCHALIS, KIMMEL y KIMMEL, a excepción de que tal proceso se logra gracias al refuerzo. Según YATES, el único requisito necesario es que el niño retenga voluntariamente la orina en periodos cada vez mayores de modo que el detrusor vaya adaptándose progresivamente a los cambios de una estimulación más fuerte.

2.2.2.- Resultados Experimentales sobre Diferencias en Capacidad Funcional de Vejiga entre Sujetos Enuréticos y no Enuréticos.

La capacidad de vejiga se ha determinado a través de medidas indirectas, tales como la cantidad de orina evacuada y la frecuencia de micción diurna (STARFIELD, 1967) o diurna y nocturna (VULLIAMY, 1956; TROUP y HODGSON, 1971).

YATES (1973) ha puntualizado la diferencia entre la capacidad real o estructural de la vejiga y la capacidad funcional. La primera es la capacidad de la vejiga libre de los impulsos nerviosos y depende de la estructura local de la misma. Para medir la capacidad "real" es necesario utilizar anestesia epidural o espinal, o bien anestesia general, suficiente para eliminar las contracciones reflejas de la vejiga; ambos métodos suelen utilizarse, en la práctica, de forma habitual.

La capacidad funcional viene determinada por la cantidad de orina evacuada; su medida es pues más sencilla y menos perjudicial. Raramente ocurre que la disminución de la capacidad funcional

de vejiga vaya acompañada por una capacidad estructuralmente pequeña, más bien parece que tal disminución es producida, generalmente, por una excesiva sensibilidad ante los estímulos sensoriales procedentes de la vejiga o por un fallo de los mecanismos inhibitorios del Sistema Nervioso Central. De acuerdo a lo anterior, y como ha señalado YATES (1975), ocurre la paradoja de que los enuréticos nocturnos que no parecen percibir las señales de distensión de la vejiga durante la noche, son excesivamente sensibles a dichas señales durante el día, orinando con mayor frecuencia cuando la presión y el volumen de orina en la vejiga son bajos.

En base a la diferenciación de YATES (1973), queremos precisar que cuando utilizamos en este trabajo el término capacidad de vejiga, nos estamos refiriendo al concepto de capacidad funcional y no al estructural.

En los estudios sobre capacidad funcional de la vejiga se han utilizado dos indicadores de la misma, la capacidad máxima de vejiga (C. MX. V.) y la capacidad media (C. M. V.). La primera se ha medido a través del "test de carga de agua" (STARFIELD, 1967). La prueba se realizaba dando de beber al niño una cantidad de líquido — proporcional al peso (30 ml/kg.) y hasta un máximo de 400 a 500 ml., una vez que éste había orinado. Posteriormente, se le indicaba que controlara la orina hasta que le resultara molesto y se computaba como C. MX. V. la mayor cantidad de orina evacuada en las dos micciones posteriores a la ingestión de líquido.

La capacidad media de vejiga, se ha obtenido registrando la cantidad de orina durante un periodo de tiempo dado, 24 horas (TROUP y HODGSON, 1971); 4 ó 5 días (ESPERANCA y GERRARD, 1969), y di-

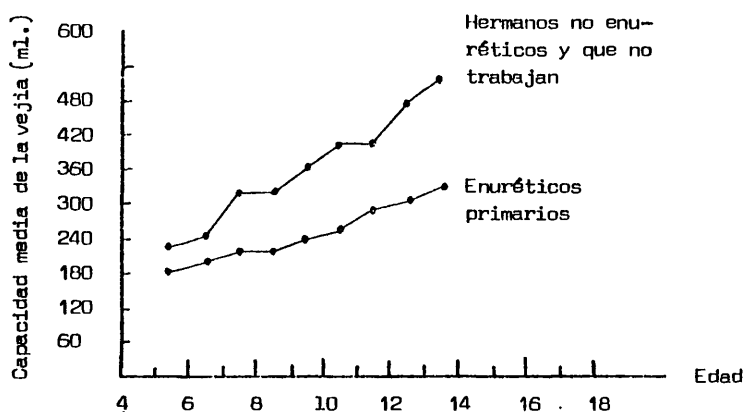
vidiendo el volumen total de orina entre el número de micciones registradas. Este último método permite también obtener la C. Mx. V. que sería el mayor volumen de orina registrado.

ESPERANCA y GERRARD indicaron que las cantidades de orina medidas de esta forma tendían a ser mayores que las registradas con el "test de carga de agua". Esta discrepancia parecía deberse al hecho de que, con la ingestión forzada de líquido, la distensión de la vejiga se producía bruscamente, lo que impedía una adaptación gradual a la mayor cantidad de orina y consecuentemente la micción ocurre de manera más rápida; mientras que midiendo la cantidad de orina en una situación natural, esto no ocurriría y las cantidades de orina toleradas serían mayores. Esto indica que el procedimiento de ESPERANCA y GERRARD (1969) y TROUP y HODGSON (1971) parece más adecuado y -- ello por varias razones. En primer lugar, porque el procedimiento es más sencillo, ya que la medida se realiza en el ambiente natural del niño y porque parece más fiable que el "test de carga de agua".

Sin embargo, independientemente del método utilizado, los resultados de estos estudios no ofrecen ninguna duda acerca de que la capacidad funcional de vejiga es menor en los niños que padecen enuresis nocturna que en los que no.

STARFIELD (1967) comparó la capacidad máxima de vejiga de 203 sujetos normales con 221 enuréticos, hermanos de los anteriores, de edades comprendidas entre 5 y 13 años (medias 9,2 y 8,5, respectivamente). Los resultados indicaron claramente que los niños enuréticos tenían una capacidad de vejiga funcionalmente menor que -- los no enuréticos, como puede apreciarse en la figura Nº 2.

FIGURA Nº 2 .- Diferencias en capacidad de vejiga entre enuréticos primarios y no enuréticos (tomado de STARFIELD, — 1967, Pág. 780) (*)



(*) En el original, la capacidad se expresó en onzas; hemos realizado los cálculos pertinentes para convertirlos en ml.

Los resultados de STARFIELD han sido suficientemente confirmados por ESPERANCA y GERRARD (1969); ZALESKI, GERRARD y SHOKEIR (1973) y, más recientemente, por FIELDING (1980 b).

En el estudio de ESPERANCA y GERRARD (1969) participaron 297 niños no enuréticos de 4 a 14 años y 50 enuréticos de 4 a 12 años. Ninguno padecía infección ni otras anomalías genitourinarias. En la TABLA Nº 3 se ofrecen los datos de este trabajo.

TROUP y HONGSON (1971) midieron no sólo la cantidad de

orina diurna sino también la cantidad de orina nocturna, justo en el momento preciso en que los niños mojan la cama. La muestra utilizada estaba formada por 25 enuréticos y 15 no enuréticos, con edades comprendidas entre los 4 y los 11 años. La investigación se llevó a cabo durante 48 horas y en un hospital. Se utilizó un aparato de alarma que permitiera detectar la micción y registrar la cantidad de orina. La cantidad que activaba la alarma se calculó en, aproximadamente, 5 cc. Además se registró la capacidad "real" de vejiga, midiendo la cantidad a través de un citoscopio y bajo el efecto de anestesia general.

Los resultados indicaron que no había diferencias entre la capacidad de vejiga nocturna y diurna, confirmándose los datos de VULLIAMY (1956) sobre la ausencia de una poliuria nocturna en los enuréticos. La capacidad real de vejiga registrada bajo anestesia general, era prácticamente el doble de la capacidad funcional, en el grupo de enuréticos. Sin embargo, éstos diferían de los no enuréticos en que su capacidad funcional (cantidad de orina evacuada normalmente) era menor. Los autores concluyeron que sus datos apoyaban la teoría de que la enuresis es consecuencia de un fracaso o un retraso en la maduración de los centros reguladores del Sistema Nervioso Central, que inhiben el arco reflejo de la vejiga, y que el objetivo de cualquier técnica terapéutica (método de alarma, Entrenamiento en Retención, Agentes antidepressores o estimulantes del S.N.C.), debería ser incrementar la capacidad funcional de vejiga de modo que se aproximase a la capacidad real.

TABLA Nº 3 .-- MEDIDAS DE CAPACIDAD DE VEJIGA EN SUJETOS NORMALES
Y ENURETICOS.- (Tomado con modificación de ESPE -
RANCA y GERRARD, 1969, Págs. 325 - 326)

DIFERENCIAS EN CAPACIDAD MAXIMA DE VEJIGA (MEDIDA NATURALMENTE) EN
ÑOS NORMALES Y ENURETICOS

Edad Años	NORMALES				ENURETICOS			Nivel de Sig nificación
	Nº Suje tos	Cantidad ml.	D.T.		Nº Suje tos	Cantidad ml.	D.T.	
4	13	296	71		3	180	78	
5	22	301	130		3	238	107	
6	17	359	92		7	279	85	P 0.1
7	26	394	104		11	217	47	P 0.001
8	31	428	64		6	272	91	P 0.01
9	42	457	134		7	261	72	P 0.001
10	48	473	141		5	353	37	P 0.001
11	48	510	143		3	390	158	
12	24	549	107		5	325	103	P 0.002

TABLA Nº 3 .- (Continuación)

CAPACIDAD MAXIMA OBTENIDA CON EL TEST DE CARGA DE AGUA Y FRECUENCIA
DE MICCION DIURNA Y NOCTURNA EN 24 HORAS

Edad	NORMALES				ENURETICOS			
	Cantidad	D.T.	Nº Veces	D.T.	Cantidad	D.T.	Nº Veces	D.T.
4	219	85	5,3	4,2	73	6	11,9	2,7
5	192	62	5,7	2,1	130	27	11	3,6
6	203	61	6,4	3,5	162	63	10	2
7	234	105	5,5	3,1	146	45	8,4	1,5
8	239	95	5,3	2,6	178	41	9,7	1,5
9	248	111	4,8	3,8	152	85	8,7	2,8
10	235	113	4,6	2,7	218	57	10,7	2,8
11	251	106	4,7	2,8	238	121	8,5	1
12	299	109	4,8	3,2	198	43	7,9	2,3

Los datos de ZALESKI y Cols. (1973) mostraron, al igual que los de TROUP y HODGSON (1971) que los niños enuréticos tenían una capacidad máxima de vejiga menor, orinaban con más frecuencia, que los enuréticos, y que la disminución de la capacidad funcional de vejiga no iba acompañada por una disminución de la capacidad estructural de la misma. Sus resultados indicaron también que los niños que padecían enuresis diurna o excesiva urgencia para orinar, tenían una capacidad funcional de vejiga significativamente menor ($P < 0.0005$) que los — que padecían sólo enuresis nocturna.

FIELDING (1980 b), indicó que los enuréticos mostraban ciertos déficits en el control voluntario de la vejiga, comparados con niños no enuréticos. Estos déficits se manifestaban en una menor exhibición de conductas motoras, indicadores de distensión de la vejiga que suelen aparecer momentos antes de orinar, mayor frecuencia y urgencia en la micción, y en la expulsión de cantidades de orina menores, en el mismo intervalo de tiempo que los controles.

En resumen, los resultados experimentales son concluyentes respecto al hecho de que los niños enuréticos poseen una capacidad funcional de vejiga menor que los no enuréticos. Otra cuestión diferente es establecer cuáles son las relaciones entre el incremento de la capacidad de vejiga y la disminución de la enuresis. Como ha comentado ROSS (1981), esta cuestión no es tan sencilla, porque no es tá claro si al aumentar la capacidad de vejiga disminuye la enuresis, o si al disminuir ésta aumenta la capacidad de vejiga.

2.2.3.- Efectividad del Entrenamiento en Retención. Resultados Experimentales

Los primeros trabajos que investigaron la efectividad del entrenamiento en retención para corregir la enuresis nocturna fueron francamente alentadores (STARFIELD y MELLITS, 1968; KIMMEL y KIMMEL, 1970; PASCHALIS, KIMMEL y KIMMEL, 1972; STEDMAN, 1972). Sin embargo, a medida que los estudios estuvieron mejor controlados metodológicamente, los resultados comenzaron a ser confusos o incluso negativos, poniendo en cuestión la efectividad del procedimiento (DOLEYS y WELS, 1975; DOLEYS y Cols., 1977; HARRIS y PUROHIT, 1977; FIEDLING, 1980 a; GRAÑA y CARROBLES, 1980). La TABLA Nº 4 muestra un resumen de los estudios publicados.

Un par de años antes de que KIMMEL y KIMMEL (1970) describieran el método que hoy lleva su nombre (Entrenamiento en Retención), STARFIELD y MELLITS (1968) habían aplicado un procedimiento similar aunque a diferencia de KIMMEL y KIMMEL no utilizaron reforzamiento para incrementar la respuesta de retención voluntaria de la orina.

STARFIELD y MELLITS indicaron a las madres de 83 enuréticos (entre 5 y 14 años) que siguieran una serie de instrucciones durante un periodo de 6 meses, transcurrido el cual deberían volver a la clínica para evaluar el tratamiento.

Las indicaciones consistieron en: (a) beber sin restricción durante el día; (b) retener voluntariamente la orina hasta sentir molestia, por lo menos una vez al día; (c) anotar la cantidad de orina después de la retención; (d) ejercitar muscularmente la contracción voluntaria del esfínter, interrumpiendo la micción va-

rias veces mientras orinaban; y (e) no reñir ni castigar al niño -- por mojar la cama. Los autores tomaron medidas pre y postratamiento de la capacidad máxima de vejiga a través del test de "carga de agua".

Los resultados revelaron una relación entre el incremento de la capacidad de vejiga y la disminución de la enuresis. El 66% de los sujetos habían mejorado bastante y de éstos, el 10%, habían dejado de orinarse, mientras que en el 44% restante la enuresis no se había modificado.

Los sujetos en los que la enuresis había disminuido, mostraron un aumento de la capacidad funcional de vejiga significativamente mayor ($P < 0.02$) que aquellos cuya enuresis no se había modificado.

STARFIELD y MELLITS (1968) señalaron que, a pesar de estas relaciones, la variabilidad intrasujetos no permitía elaborar un criterio sobre una determinada capacidad de vejiga que, una vez alcanzada, asegurara el control de la enuresis y pudiera ser considerado como el objetivo terapéutico a conseguir. Por el contrario, MUELLNER (1960) sugería que una vez conseguida una capacidad de vejiga entre 360 y 420 cc., el niño era capaz de permanecer seco durante la noche. Por su parte, STARFIELD y MELLITS (1968, Pág. 486) concluyeron que:

" si la cantidad de orina excede la capacidad funcional de retención de la vejiga (cualquiera que sea), el niño o se despierta a orinar o mojará la cama. La cantidad de orina acumulada durante la noche depende, por lo menos, de la ingestión de líquido, de la hora en que se haya ingerido, de si el niño orina antes de acostarse y del tiempo que duerme. "

TABLA Nº 4.- CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EXPERIMENTALES DE LOS ESTUDIOS QUE HAN UTILIZADO ENTRENAMIENTO EN RETENCIÓN (ER) (a)

AUTORES	NÚMERO DE SUJETOS (HOMBRES vs MUJERES)	EDAD EN AÑOS CLASE DE EDAD RANGO	VARIABLES DEPENDIENTES	CARACTERÍSTICAS DEL ENTRENAMIENTO	DURACIÓN DEL ENTRENAMIENTO SEMANAS	RESULTADOS % de Sujetos que alcanzaron el éxito.	SEGUIMIENTO : DU- RACIÓN EN MESES PÉRDIDAS
STANFIELD y WELLS (1968)	83 (54 : 29)	5 - 10 (Pájaros) Nocturno	• Número sujetos • Cantidad de de vejigas. Test "barga de agua". (Pre y Posttest).	• Liber libremente durante el día. • Retener la orina hasta sentir com- pulsión, una vez al día como mínimo. • No suministrada transducción. • No uso refuerzo.	26	Entrenamiento en capacidad de vejiga, re- lativamente con mejoría en suaves. 85% sujetos 8 sujetos durante 40% sin cambios.	N.I.
KRAEL y KRAEL (1970)	3 (mujeres)	4, 4 y 10 Nocturno	• Número sujetos	• Inyección líquida libremente. • Retención gradual de la orina hasta 30 minutos. • Refuerzo material al final el tiempo de retención.	1 (2 sujetos) 2 (1 sujeto)	Continuación en los tres casos.	12 No recedidos
PARSHALL, KIMEL y KIMEL (1972)	38 (N.I.)	8 (media) 4 - 12 Nocturno 16	• Número sujetos • Frecuencia de de micción diurna	• Retención gradual de la orina de 2 a 3 minutos diarias hasta 40". • Refuerzo material y alabanza al fi- nalizar el tiempo de retención.	3	• 15 (42%) = continuada • 8 (21%) = mejorada • 6 (25%) = no cambios • 4 (15%) = no siguieron instruccio- nes.	31 No recedidos
SEDMAN (1972)	1 (hombre)	13 Nocturno 16	• Número sujetos • Frecuencia de de micción diurna	• Discriminación entre indicio vejiga satis y fuerza de micción de - la vejiga. • Retención orina hasta 30 minutos. • No uso refuerzo.	14	• La discriminación de la frecuencia de micción diurna estaba asociada con discriminación oratoria. • Tendencia a comportarse al germen- zo de la micción. • Continuación	3 4 veces
WILSON (1973)	2 (1 : 1)	13 y 14 Nocturno 20	• Número sujetos • Frecuencia de de micción diurna	• Comparación E.A. con placebo (cero alón). • Retención orina : 10, 20 y 30 min- tos durante 14, 20 y 30 semanas, res- pectivamente. • Inyección formada líquida. • Refuerzo verbal por retención.	14 - 18	• Discriminación frecuencia diurna res- pectivamente con discriminación oratoria. • Continuación • No cambios en placebo (dieta AB AB).	7 No recedidos
COLLINS y WELLS	1 (mujer)	3,8 Nocturno 16	• Número sujetos • Frecuencia de de micción diurna y continua or- na oratoria.	• Inyección líquida y E.A. (Hidra- ción). • E.A. sin inyección formada líquida • oración positiva y comportamiento (16 días). • Retención gradual de 3 en 3 minutos. • Refuerzo material por beber y retener y por orinar en el E.C.	9	• No cambios oratoria durante E.A. con inyección líquida. • Incremento cantidad orina evasiva. • Continuación después de 7 semanas.	3,8 No recedidos
DEEVE y Cole, (1977)	18 (13 : 6)	7,8 (media) Nocturno	• Vozes que orin- la una vez por día y semana • Cantidad de de vejiga. Test de agua. (Pre y Posttest).	• Comparación E.A. y E.C.E. • Retención gradual de 3 en 3 minutos hasta 30" e inyección formada de 15 minutos (3 semanas). • E.A. sin beber y Prácticas Positivas (3 semanas). • Refuerzo material por beber y orinar por retener.	8	• No cambios en oratoria • No cambios significativos en con- dición de vejiga.	No aplicable
HARRIS y PARSHIT (1977)	18 (12 : 6)	9 - 12 Nocturno 16	• Número sujetos • Cantidad de de vejiga. Test de carga de agua. (Pre y Posttest).	• Inyección formada de líquidos. • Retención gradual de 3 en 3 minutos hasta 15 min. • Refuerzos (verbal) al mantener la cantidad de orina. • 3 semanas e 8 días al transcurso de 14 días al beber y luego los posttest.	8	• No cambios significativos en orato- ria. • Cambios significativos en capaci- dad de vejiga relacionados con el aumento del tiempo de retención.	No aplicable
ANGULO (1978)	27 (24 : 3)	5 - 12 Nocturno	• Número sujetos	• Comparación E.A. con Tefrenil. • Retención libre de líquidos. • Retención gradual hasta 30-45 minu- tos. • Refuerzo material por retener.	8	• 50 % alcanzaron criterio final (14 semanas consecutivas orales).	8 25% recedidos y - fueron reintrodu- dos consiguiendo continuación.
FIEDTIG (1980)	75 (30 : 15)	5,2 - 12,10 Nocturno y diurna 16 y 20	• Número sujetos • Frecuencia de de micción diurna • Cantidad de de vejiga. Test de carga de agua. (Pre y Posttest).	• Comparación E.A. con método de MCH- RDI y tipo de oratoria. • Retención gradual orina una vez por día de 2 en 2 minutos. • Inyección formada de líquidos. • Refuerzo verbal por retener.	4	• 4 % alcanzaron el criterio (1 sujeto). • La capacidad de vejiga se asoció con discriminación de la oratoria. No hubo diferencias entre los orato- res y no oratoria.	12 No aplicable.
CRAY y OPRABLES (1980)	12 (varones)	5,6 - 8 Nocturno 16 y 20	• Frecuencia de de micción nocturna. • Cantidad media de vejiga. (Pre y Posttest).	• Comparación E.A. con método Alarcon y E.C.E. (sin oratoria). • Retención gradual de la orina de 2 minutos hasta 45 minutos. • Inyección libre de líquidos. • Refuerzo verbal por beber y orinar por retener.	7	• No cambios en oratoria • Verificación de capacidad de vejiga.	4 No aplicable.

(a) Si se incluyen los resultados del Entrenamiento en Retención aunque se concurre con otros métodos. Los resultados completos para estos estudios pueden verse en el texto.

N.I. = No Indicado ; E.A. = Entrenamiento en Retención ; E.C.E. = Entrenamiento en Caso Seco.

Como ya hemos mencionado, KIMMEL y KIMMEL (1970) se — centraron exclusivamente en conseguir incrementar la respuesta de retención voluntaria de la orina por medio del refuerzo, aplicado contingentemente al final del periodo de retención, sin investigar la posible relación entre esa respuesta y la capacidad de vejiga.

En su trabajo participaron solamente 3 sujetos niñas — (2 de 4 años y 1 de 10) que padecían enuresis nocturna y la mayor de ellas tenía además problemas de naturaleza psicótica. Se instruyó a los padres para que, una vez que las niñas comunicaran su deseo de orinar, les pidieran que aguantaran la micción durante aproximadamente 5 minutos e, inmediatamente después, les dieran el refuerzo seleccionado (golosinas, Coca Cola, etc.). El tiempo de retención debía ser incrementado gradualmente en orden a evitar el fracaso o la negativa a cooperar por parte del niño.

Los autores indicaron que las dos niñas menores dejaron de mojar la cama tan solo después de 7 días de entrenamiento y la mayor después de 14. La continencia se mantuvo durante los 12 meses que duró el seguimiento.

Los resultados obtenidos por PASCHALIS, KIMMEL y KIMMEL (1972) en un estudio mejor controlado y en el que participó una muestra mayor de enuréticos (35 niños con una media de edad de 8 años) no fueron tan favorables.

El procedimiento utilizado fue básicamente el mismo de KIMMEL y KIMMEL (1970) a excepción de que el tiempo de retención se incrementaba de 2 a 3 minutos diarios sobre el tiempo inicial de retención estipulado en la línea base y hasta conseguir un máximo de 45

minutos. Se tomaron medidas de frecuencia de micción diurna y del número de noches mojadas por semana, durante dos semanas de línea base.

Los sujetos fueron distribuidos en dos grupos: un compuesto por 20 niños fue entrenado en primer lugar; durante ese tiempo (3 semanas), el otro grupo (15 niños) no recibía tratamiento y servía de grupo control. Un tercer grupo de sujetos no enuréticos, de la misma edad que los otros dos, sirvieron para comparar, durante la línea base, la frecuencia de micción diurna con la de los niños enuréticos.

Los resultados mostraron que 15 de los sujetos tratados (42 %) consiguieron corregir su enuresis; 8 (22 %) mejoraron; 8 (22%) no manifestaron ningún cambio, y 4 (11 %) no siguieron las instrucciones. Respecto a la frecuencia de micción diurna, los enuréticos orinaban más frecuentemente que los no enuréticos, pero los datos no se analizaron estadísticamente y tampoco se registró la frecuencia diurna después del tratamiento para determinar si había habido alguna disminución. Consecuentemente, en el estudio no se analizó si había alguna relación entre frecuencia diurna de orina y enuresis después del tratamiento.

A la vista de los datos, el Entrenamiento en Retención no nos parece tan "prometedor" como sugerían PASCHALIS y Cols. (1972, Pág. 255), sobre todo si tenemos en cuenta que tan sólo el 42 % de los sujetos lograron la continencia diurna, mientras que con el método de la alarma lo han conseguido el 75% de los casos tratados (DO - LEYS, 1977).

STEDMAN (1972) trató con éxito a una niña de 13 años,

enseñándola a discriminar entre diferentes niveles de presión en la vejiga. La niña debía intentar retener la orina durante 30 minutos justo cuando percibía un nivel fuerte de presión. STEDMAN indicó que la enuresis decrecía lentamente y que la disminución estaba relacionada con una menor frecuencia de micción durante el día. La duración del tratamiento fue más larga que en los trabajos de KIMMEL y KIMMEL (1970) y PASCHALIS y Cols. (1972), y durante el seguimiento (3 meses) la niña mojó la cama cuatro veces. El autor comentó también que entre la quinta y octava sesión la niña se despertaba, lo que no había ocurrido nunca anteriormente.

STEDMAN sugería que este hecho parecía indicar la intervención de un proceso de mediación en el que las fuertes señales de distensión de la vejiga y el comienzo de la micción llegaban a asociarse con el despertar.

Los resultados obtenidos por MILLER (1973) confirman la relación entre disminución de frecuencia de micción diurna y disminución de la enuresis señalada por STEDMAN (1972).

MILLER utilizó el método de KIMMEL con un niño y una niña de 13 y 14 años, respectivamente, que tenían enuresis nocturna secundaria. El Entrenamiento en Retención fue comparado con una situación de atención (placebo), aplicando un diseño experimental entre sujetos del tipo ABAB.

El estudio se llevó a cabo en cuatro fases. En la primera (3 semanas), el terapeuta mantenía una sesión semanal con el niño de 20 a 30 minutos, durante la cual se hablaba de otros problemas diferentes a la enuresis (estudios, relaciones sociales), pero los su

jetos debían llevar un registro diario de la frecuencia de micción - diurna y de las noches que mojaban la cama. En la segunda fase, también de tres semanas, se introducía el Entrenamiento en Retención. - Los sujetos fueron instruidos a ingerir mayor cantidad de líquidos - durante el día y a retener voluntariamente la orina durante periodos de tiempo gradualmente más largos (10 minutos la primera semana, 20 y 30 minutos durante la segunda y tercera semana, respectivamente.). Transcurridas las tres semanas de entrenamiento, se iniciaba la tercera fase que consistía en volver a la situación descrita en la fase primera. Por último, volvía a reinstalarse el Entrenamiento en Retención, hasta que los sujetos consiguieran 21 noches consecutivas - secas. Durante los periodos de tratamiento el terapeuta alababa verbalmente la capacidad de retención de los niños, pero no se utilizó ningún otro tipo de refuerzo.

Los resultados indicaron la superioridad del Entrenamiento en Retención sobre la atención terapéutica, ya que la enuresis disminuía cuando se introducía el entrenamiento y aumentaba al eliminarlo. Los dos sujetos alcanzaron el criterio inicial de éxito en 14 y 16 semanas, respectivamente, y ninguno de los dos recayó durante los siete meses de seguimiento. La duración del tratamiento fue similar a la señalada en el trabajo de STEDMAN (1972) y, por consiguiente, superior a la indicada por KIMMEL y KIMMEL (1970) y PASCHALIS y Cols. (1972).

DOLEYS y WELLS (1975) investigaron los cambios producidos en la capacidad de vejiga como consecuencia del Entrenamiento en Retención que fue utilizado con una niña de tres años y medio. Los padres debían registrar la cantidad de orina evacuada antes, durante y después del tratamiento. Se observó un incremento de la capacidad de

vejiga, respecto al nivel inicial, de aproximadamente 120 cc., pero - este aumento no estaba relacionado con la disminución de la enuresis, la cual comenzó a decrecer cuando se instruyó a los padres para que despertaran a la niña dos veces por noche y la llevaran al W.C.

En esta etapa del tratamiento se suspendió la ingestión de líquidos y se incluyeron, además del despertar, 10 ensayos de Práctica Positiva (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974) que debían realizarse durante los últimos cinco minutos del tiempo de retención. El niño se tumbaba en la cama, contaba hasta 20 e iba al baño, se sentaba en el water sin orinar y se levantaba; esta secuencia se repetía 10 veces.

DOLEYS y WELLS (1975) indicaron que, aunque no se observó ninguna noche seca, mientras se utilizó el Entrenamiento en Retención con la ingestión forzada de líquido, la niña se despertó en varias ocasiones antes de la micción e incluso se levantó al baño. Estas observaciones coinciden con las publicadas en el trabajo de STEDMAN (1972) acerca de que si las señales de distensión de la vejiga se vuelven más fuertes, llegan a asociarse con el despertar.

Aunque no se ha investigado experimentalmente el efecto del Entrenamiento en Retención sobre la respuesta del despertar ante la necesidad de orinar, las observaciones de STEDMAN (1972) y DOLEYS y WELLS (1975) permiten suponer que al aumentar el periodo de retención voluntaria, las señales de distensión de la vejiga tenderán a ser mayores y podrían llegar a ser lo suficientemente fuertes para que el niño las percibiera durante el sueño y se despertara a orinar.

Si nuestra suposición fuera correcta, el Entrenamiento en Retención podría producir dos efectos: uno, dormir toda la noche

sin necesidad de despertarse a orinar y sin mojar la cama, como indicaban KIMMEL y KIMMEL (1970), gracias a la adaptación gradual del detrusor a mayores presiones y volúmenes de orina en la vejiga, como sugería YATES (1975). El segundo efecto posible vendría determinado — por el aumento de las señales de distensión de la vejiga que inducían al niño a despertarse si la cantidad de orina que entra en la vejiga no permite la adaptación del detrusor, lo que estaría de acuerdo con las sugerencias de STARFIELD y MELLITS (1968), en cuyo estudio, — algunos niños consiguieron permanecer secos a pesar del escaso aumento de su capacidad de vejiga durante el tratamiento, y a la inversa, niños cuya capacidad aumentó considerablemente, continuaban mojando la cama. STARFIELD y MELLITS sugerían una relación entre la capacidad de retención conseguida y el despertarse (ver Pág. 82).

Las reflexiones anteriores sugieren que los estímulos procedentes de la distensión de la vejiga pueden asociarse a la respuesta de despertar, bien directamente a través del condicionamiento como ocurría con la técnica de MOWRER, bien indirectamente a través del método de KIMMEL, pues si la retención voluntaria ocurre cuando las señales de distensión de la vejiga son suficientemente fuertes (PASCHALLIS y Cols. 1972) y el periodo de retención se va aumentando, esto — provocará también un incremento en las señales de distensión, suficiente, en algunos casos, para despertar al niño.

En un nuevo estudio sobre la modificación de la capacidad de vejiga, DOLEYS, CIMINERO, TOLLISON, WILLIAMS y WELLS (1977) no pudieron confirmar los resultados obtenidos por DOLEYS y WELLS (1975). En su trabajo se comparó el Entrenamiento en Retención con el Entrenamiento en Cama Seca (AZRIN y Cols. 1974). No hubo cambios estadísticamente significativos de la capacidad de vejiga, medida an-

tes y después del tratamiento. Hubo un ligero incremento de 25 ml. en cuatro de los nueve sujetos que recibieron Entrenamiento en Retención y en siete de los diez que recibieron Entrenamiento en Cama Seca, pero en dos sujetos de cada grupo se produjo una disminución de la misma cuantía.

Respecto a la corrección de la enuresis, el método de KIMMEL no produjo prácticamente ningún efecto sobre ella. Ningún sujeto alcanzó el criterio inicial (14 noches secas) durante las seis semanas de tratamiento y la enuresis se mantuvo muy próxima a los niveles registrados durante la línea base. El método de AZRIN (E.C.S.) resultó superior al Entrenamiento en Retención, el 61 % de los casos tratados consiguió el criterio inicial en el mismo periodo de tiempo.

DOLEYS y Cols. (1977, Pág. 547) concluyeron que el incremento de la capacidad de vejiga parecía insuficiente e incluso innecesario para conseguir la continencia nocturna porque "si un niño aprende a responder a las señales de distensión de su vejiga despertándose y yendo al W.C.", no es necesario aumentar su capacidad de vejiga.

Los resultados obtenidos por HARRIS y PUROHIT (1977) mostraron, al igual que en el estudio de DOLEYS y Cols. (1977), la escasa efectividad del Entrenamiento en Retención para eliminar la enuresis nocturna.

En la investigación participaron 18 niños, 12 varones y 6 mujeres, de 5 a 13 años. El tratamiento se llevó a cabo en dos etapas: en primer lugar, y durante cinco días, el terapeuta dirigió personalmente una sesión de entrenamiento en retención con ingestión

forzada de líquido (30 ml. / Kg. de peso). Se usaron vales por aumentar la cantidad de orina después del tiempo de retención; los vales se canjeaban por chicles, cromos, etc. que no superaban el valor de 1,- dólar. En la segunda etapa, el tratamiento lo dirigían los pa — dres durante 30 días más, informando diariamente, por teléfono, sobre el desarrollo del tratamiento.

Los datos sobre capacidad de vejiga y frecuencia de e — nuresis fueron contrastados con los de un grupo control que no reci — bió tratamiento durante el tiempo que duraba el experimento. Las me — didas pre y postratamiento indicaron un aumento de capacidad de veji — ga del 34,6 % en el grupo experimental y se mantuvieron prácticamente invariantes en el grupo de control. Sin embargo este aumento no pare — cía estar relacionado con la desaparición de la enuresis, la cual dis — minuyó ligeramente, pero tal disminución no fue estadísticamente sig — nificativa. La variable sexo no estaba relacionada con el efecto del tratamiento, ni respecto a la capacidad de vejiga ni en cuanto a la — frecuencia de noches mojadas.

HARRIS y PUROHIT (1977) señalaron que sus resultados — cuestionaban seriamente la utilidad del Entrenamiento en Retención co — mo un procedimiento válido para corregir la enuresis nocturna y que — el incremento de la capacidad de vejiga diurna no se generalizaba al periodo nocturno.

Dos trabajos muy recientes, (FIELDING, 1980 a; GRAÑA y CARROBLES, 1980) confirman los escasos efectos o nulos del Entrena — miento en Retención sobre la enuresis nocturna. Sin embargo, ANGULO (1978) informó que el 90 % de los sujetos que fueron tratados con el método de KIMMEL consiguieron alcanzar el criterio de éxito en un pe — ríodo de 8 semanas.

El trabajo de FIELDING (1960 a) merece especial atención porque en él se comparaba la eficacia del Entrenamiento en Retención y del Método de MOWPER en dos grupos de enuréticos, uno padecía solamente enuresis nocturna, mientras que el otro tenía además enuresis diurna.

Los resultados revelaron la superioridad de la alarma sobre el Entrenamiento en Retención ($P < 0.01$) en ambos grupos de enuréticos. Pero quizás el aspecto más grave consistió en que el Entrenamiento en Retención resultó ineficaz para controlar la enuresis nocturna y la diurna, cuando había sido introducido en el estudio precisamente para disminuir la urgencia de orinar en los niños que padecían enuresis diurna.

FIELDING (1960 a, Pág. 316) informaba además que no existían diferencias en capacidad de vejiga entre los niños que consiguieron la continencia nocturna (con el método de la alarma) y los que fracasaron en lograrla, lo que parecía indicar que :

" un incremento en la capacidad funcional de vejiga no es un prerequisite para la continencia de la orina durante la noche. Nuestros resultados sugieren que una capacidad de vejiga pequeña no es un agente causal importante de la enuresis nocturna. Puede ser que una menor capacidad funcional de vejiga sea una consecuencia de la enuresis nocturna más que la causa de ella. "

Las observaciones de FIELDING (1960 a) necesitan una confirmación experimental, si consideramos que la menor capacidad de vejiga de los enuréticos es una consecuencia de su enuresis, los estudios futuros sobre enuresis deberían registrar esta variable a fin de establecer los cambios que se producen en la capacidad de vejiga cuando se elimina la enuresis, independientemente del procedimiento terapéutico que se utilice.

Al respecto, GRAÑA y CARROLES (1980) informaron que - los tres tratamientos utilizados por ellos (Método de Alarma, Entrenamiento en Retención y Entrenamiento en Cama seca) producían cambios - en la capacidad de vejiga, por encima del nivel obtenido en la línea base, estadísticamente significativos ($P < 0.01$). Aunque los autores no analizaron la posible relación entre el aumento de la capacidad de vejiga y los sujetos tratados con éxito, conviene mencionar que, según se desprende de sus datos, el método de la alarma produjo un aumento mayor en la capacidad de vejiga que los otros dos. Tal diferencia podría estar explicada por el hecho de que el 100 % de los sujetos tratados con el procedimiento de la alarma consiguieron el criterio inicial de éxito, frente al 35 % y 0 % de los tratados con Entrenamiento en Cama Seca (sin alarma) y Entrenamiento en Retención, respectivamente.

2.2.4.- Resumen y Evaluación

Los resultados experimentales sobre la efectividad del procedimiento de KIMMEL y KIMMEL (1970) en la corrección de la enuresis nocturna son, en general, bastante desalentadores. A partir de los trabajos revisados por nosotros (ver TABLA Nº 4) podemos concluir que, aproximadamente, el 19 % de los 190 sujetos (sumando los de todos los trabajos) tratados con Entrenamiento en Retención, consiguieron alcanzar el criterio de éxito en un periodo de 8 semanas (media). Teniendo en cuenta que la tasa de remisión espontánea se ha establecido entre un 14 % y 16 % (FOUSHEE y REUMON, 1974) el método de KIMMEL supera escasamente estos porcentajes.

Los datos relativos al aumento de la capacidad de vejiga como consecuencia del Entrenamiento son confusos y contradictorios. De los seis estudios que midieron esta variable antes y después del tratamiento, dos (DOLEYS y Cols., 1977; FIELDING, 1980 a) no apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad de vejiga obtenida antes y con posterioridad al tratamiento. Cuatro, (STARFIELD y MELLITS, 1968; DOLEYS y WELLS, 1975; HARRIS y PURCHIT, 1977; y GRAÑA y CARROBLES, 1980) señalaron que la capacidad funcional de vejiga había aumentado después del Entrenamiento en Retención. Sin embargo, como ya hemos señalado, GRAÑA y CARROBLES (1980) informaron que tanto el método de MOWPER como el de AZRIN habían producido también aumento en la capacidad de vejiga.

Respecto a la relación esperada entre el incremento de la capacidad de vejiga y la disminución de la enuresis nocturna, todos los autores, a excepción de STARFIELD y MELLITS (1968), coinciden en afirmar que, a pesar del aumento de capacidad de vejiga, no se apreciaron cambios respecto a la enuresis, la cual permanecía próxima a la línea base (DOLEYS y WELLS, 1975; HARRIS y PURCHIT, 1977; GRAÑA y CARROBLES, 1980). Sin embargo, cuando se ha registrado la frecuencia de micción diurna que podría ser considerada como una medida indirecta de la capacidad de vejiga, se ha observado que su disminución estaba relacionada con un descenso de las noches mojadas (PASCHALIS, KIMMEL y KIMMEL, 1972; STEDMAN, 1972; MILLER, 1973).

En nuestra opinión, resulta difícil extraer conclusiones decisivas sobre la validez de la técnica de KIMMEL, por cuanto existen pocos estudios experimentales, y aproximadamente un tercio de los mismos se refieren a análisis de casos individuales.

Por otro lado, los estudios que han mostrado resultados favorables (STARFIELD y MELLITS, 1968; KIMMEL y KIMMEL, 1970; PASCHALIS y Cols. 1972; STEDMAN, 1972; MILLER, 1973 y ANGULO, 1978) varían bastante respecto a la duración del tratamiento, aunque todos, a excepción de KIMMEL y KIMMEL, necesitaron un periodo mayor de los siete días seguidos por éstos (ver TABLA Nº 4). Curiosamente, ninguno de ellos adopta un criterio de recaída, limitándose a señalar que no hubo recaídas, una vez terminado el tratamiento. Los trabajos de STEDMAN (1972) y ANGULO (1978) constituyen la excepción. Este último informó que el 25 % de los sujetos recayeron después de 8 semanas de entrenamiento, pero que una vez reentrenados, permanecieron establemente secos.

En resumen, y de acuerdo con DOLEYS (1977) y ROSS (1981), la evidencia experimental disponible no ofrece suficiente apoyo a la utilización del Entrenamiento en Retención como un procedimiento adecuado para corregir la enuresis nocturna. Sin embargo, son necesarios nuevos estudios experimentales que analicen con una metodología rigurosa las relaciones entre capacidad de vejiga, entrenamiento en retención y enuresis, antes de tomar una decisión definitiva sobre la eficacia del tratamiento.

2.3.- EL ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA

=====

- 2.3.- EL ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA
- 2.3.1.- Características y Fundamentos Teóricos
- 2.3.2.- Eficacia : Resultados Experimentales
- 2.3.3.- Modificaciones al Método original y Resultados Experimentales
- 2.3.4.- Resumen y Evaluación

2.3.- EL ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA

098

2.3.1.- Características y Fundamentos Teóricos

El Entrenamiento en Cama Seca (Dry-Bed-Training) es el procedimiento conductista más actual que se utiliza para corregir la enuresis nocturna. Introducido en la literatura especializada por AZRIN, SNEED y FOXX (1974), su denominación parece responder al deseo de los autores de hacer hincapié en el aspecto positivo de la conducta que va a aprenderse más que en el negativo.

Este método surge como una extensión de un procedimiento intensivo utilizado por AZRIN, SNEED y FOXX (1973) con enuréticos adultos retrasados que se encontraban en una Institución. Según los autores, la técnica de MOWFER no resulta eficaz en el control de la enuresis nocturna en niños severamente retrasados, tal como se desprende de su propia experiencia y del hecho de que no existan publicaciones sobre la aplicación de dicha técnica a sujetos retrasados (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, pág 425). El procedimiento ideado por ellos tenía como objetivo cubrir esta laguna y diseñar una experiencia de aprendizaje lo suficientemente intensa como para eliminar la enuresis en retrasados severos en un día de entrenamiento.

El programa de tratamiento se llevó a cabo en tres etapas: una noche de Entrenamiento Intensivo (1), seguida de un periodo de Postentrenamiento Supervisado (2) que continuaba hasta que el sujeto permanecía durante siete noches consecutivas sin orinarse, y por último, de una fase denominada Procedimiento Normal con Vigilancia (3).

La primera fase incluía la ingestión de líquidos, el uso del aparato de alarma así como un orinal-alarma que era colocado

en la taza del water, diseñado para detectar la micción en el W.C. - Durante esa noche se despertaba al paciente con suavidad cada hora; se le conducía al W.C. donde se sentaba durante un periodo de 5 minutos para que orinara; transcurrido ese tiempo volvía a la cama, tanto si había orinado como si no lo había hecho, e ingería de nuevo líquidos. Se otorgaban refuerzos verbales y golosinas por despertarse, ir al W.C., orinar en él y por tener la cama seca.

Cuando el sujeto mojaba la cama, el terapeuta desconectaba la alarma, lo despertaba y lo reñía; después lo mandaba al cuarto de baño para que terminara de orinar, mientras se preparaba el aparato para ser usado de nuevo. Una vez que regresaba del baño, recibía Entrenamiento en Limpieza consistente en quitar las sábanas mojadas, limpiar el colchón, llevar las sábanas sucias a la lavandería, - tomar sábanas limpias de otra habitación y hacer la cama. Terminadas estas tareas, debía practicar durante 45 minutos la siguiente secuencia: el sujeto se acostaba durante 3 minutos, pasados los cuales, se le despertaba, se le acompañaba al baño donde permanecía sentado durante 30 segundos y luego volvía a la cama. Dicha práctica es denominada Práctica Positiva. No se dispensaba refuerzo si orinaba en el W.C. mientras realizaba la Práctica Positiva.

Durante la segunda fase, se suprimía la ingestión de líquidos, los refuerzos comestibles, la aprobación y la alabanza y el despertar al sujeto cada hora. El Entrenamiento en Limpieza y la Práctica Positiva seguían ocurriendo si éste mojaba la cama.

En la última fase del entrenamiento, se retiraba la alarma y la Práctica Positiva, pero se mantenía el Entrenamiento en Limpieza si la cama estaba mojada por la mañana. Si en el transcurso de una semana el paciente mojaba dos veces la cama, se volvía a intro

ducir la fase segunda de Entrenamiento con Supervisión.

AZRIN y Cols. (1973) probaron la efectividad de su método frente al tradicional de MONPER, con 12 sujetos de 37 años de edad (media), 7 varones y 5 mujeres, que habían permanecido en Instituciones durante un periodo medio de 28 años. Los sujetos fueron asignados al azar, en grupos de 6, a los dos procedimientos mencionados. - A seis se les aplicó el procedimiento de Entrenamiento en Cama Seca - tal como lo acabamos de describir. A los seis sujetos restantes se les aplicó el método tradicional de la alarma durante tres semanas, - con la modificación de que si ellos no oían el zumbador, no se les - despertaba. La alarma sonaba durante 5 minutos antes de ser desconectada por el personal encargado. El sujeto no recibía ningún tipo de consecuencias sociales cuando la alarma indicaba que había mojado la cama. Transcurridas las tres semanas de tratamiento, estos sujetos - recibían el procedimiento utilizado en el otro grupo.

Los resultados mostraron la mayor efectividad del método de AZRIN frente al uso de la alarma utilizado sin consecuencias sociales contingentes. La reducción de la enuresis al final de las 3 - semanas de tratamiento y respecto a la línea base, resultó de aproximadamente un 15% en el grupo que recibió sólo la alarma, frente a un 90% en el grupo de Entrenamiento en Cama Seca. Dicha diferencia era estadísticamente significativa ($P < 0,005$). El diseño experimental implicaba que, transcurridas tres semanas, todos los sujetos (12) recibieran el Entrenamiento en Cama Seca; al final de la 5ª semana, la reducción de la enuresis era de un 95%, aumentando a un 97% durante - los tres meses de seguimiento, sin que se produjera ninguna recaída, - a excepción de un sujeto que mojó la cama tan solo 2 veces durante ese periodo.

Los autores consideraron que estos resultados apoyaban la opinión de que la continencia nocturna responde a un proceso de refuerto operante más que a un proceso de asociación clásico (AZRIN, - SNEED y FOXX, 1973, pág 434). Según ellos, su método está basado en un modelo socio-motivacional en el que la enuresis es interpretada

"como una respuesta socialmente inaceptable que persiste por que el refuerzo social y las influencias sociales inhibidoras no alcanzan un nivel óptimo. El mayor predominio de la enuresis (incontinencia nocturna) frente a la incontinencia diurna se considera que viene determinado por una mayor demora de las reacciones sociales ante un accidente durante - la noche, la mayor dificultad en acudir al baño correctamente durante la noche se debe a una interferencia con el sueño y a una reducción del estado de alerta". (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, pág. 428).

Animados por los resultados obtenidos, AZRIN, SNEED y FOXX (1974), procedieron a adaptar el programa de entrenamiento a niños enuréticos normales, bajo la suposición de que la eficacia del mismo debería ser superior a la que se había logrado con sujetos retrasados.

Las modificaciones introducidas consistieron en la utilización de 2 zumbadores, uno en la habitación del niño y otro en la de sus padres, de modo que éstos se despertaran inmediatamente que se produjera la micción y pudieran proporcionar las consecuencias sociales pertinentes. Otro cambio consistió en enseñar al niño ejercicios en retención voluntaria de la orina durante la primera noche de entrenamiento, de modo similar al método de KIMMEL y KIMMEL (1970). El niño tomaba gran cantidad de líquido y se le animaba a retener la orina por periodos de una hora cuando se despertaba.

A fin de asegurar la comprensión y colaboración duran-

te el procedimiento, el niño era informado de todas las fases del mismo, después se le preguntaba y se le pedía que lo repitiera en voz alta. Cuando el niño mojaba la cama debía realizar 20 ensayos de Práctica Positiva, en vez de los 45 minutos exigidos en el Entrenamiento anteriormente descrito.

El procedimiento de despertar al sujeto fue ampliado y aplicado escalonadamente, de modo que en las noches siguientes al entrenamiento intensivo, los padres despertaban al niño cuando ellos se iban a la cama; después de cada noche entera seca, se le despertaba 30 minutos antes que el día anterior, hasta que el periodo transcurrido entre la hora de acostarse y la de despertarlo fuera de una hora, momento en el que se suspendía el despertar.

En los demás aspectos, el método se mantuvo sin modificaciones, a excepción de algunos cambios de nomenclatura, la 3ª fase fue denominada "Rutina Normal", en vez de "Procedimiento normal con vigilancia".

El esquema que reproducimos a continuación permite ver el desarrollo del entrenamiento paso a paso (TABLA Nº 5):

TABLA Nº 5 .- PROCEDIMIENTO EN CAMA SECA. Tomado de AZRIN, SNEED y FOXX, 1974, págs. 150 - 151.

=====

I. ENTRENAMIENTO INTENSIVO (Una noche)

A) Una hora antes de ir a la cama :

1.- Se informa al niño de todas las fases del método de en -

TABLA Nº 5 (Cont.)

trenamiento.

- 2.- Se coloca el dispositivo de alarma en la cama.
- 3.- Práctica positiva en los hábitos de limpieza (20 Ejercicios) :
 - a) El niño se acuesta.
 - b) Cuenta hasta 50
 - c) Se levanta e intenta orinar en el water
 - d) Vuelve a la cama.
 - e) Los pasos a), b), c) y d) se repiten 20 veces.

B) En el momento de acostarse :

- 1.- El niño bebe líquido.
- 2.- Repite las instrucciones de entrenamiento al instructor.
- 3.- Se retira a dormir.

C) Hacerle despertar cada hora :

- 1.- Empleo de una mínima señal para despertar al niño.
- 2.- El niño se levanta y va al baño.
- 3.- En la puerta del baño (antes de orinar), se le pide que aguante las ganas de orinar durante una hora (sólo si tiene 6 ó más años).
 - a) Si no puede aguantar :
 - (i) Orina en el baño.
 - (ii) El instructor alaba al niño por haberlo hecho bien.
 - (iii) Vuelve a la cama.
 - b) Si dice que podría aguantar una hora más :
 - (i) El instructor alaba al niño por su control

TABLA Nº 5 (Cont.)

sobre la orina.

(ii) Vuelve a la cama.

- 4.- Estando al lado de su cama, el niño palpa las sábanas percatándose de que están secas y hace comentarios sobre ello.
- 5.- El instructor alaba al niño por tener la cama seca.
- 6.- Se le dan de beber líquidos.
- 7.- Vuelve a dormir.

D) Cuando se presenta un accidente :

- 1.- El instructor desconecta la alarma.
- 2.- Levanta al niño y le regaña por haberse mojado.
- 3.- Encamina al niño hacia el cuarto de baño para que termine de orinar.
- 4.- El niño recibe Entrenamiento en Limpieza :
 - (a) Debe cambiarse el pijama.
 - (b) Debe quitar las sábanas mojadas y llevarlas hasta el cesto de la ropa sucia.
 - (c) El instructor reactiva la alarma.
 - (d) El niño recibe sábanas limpias y rehace la cama.
- 5.- Realización de 20 ejercicios de Práctica Positiva inmediatamente después del Entrenamiento en Limpieza.
- 6.- Práctica Positiva en limpieza correcta (20 ejercicios de práctica) realizados la tarde del día siguiente ANTES de acostarse.

II. SUPERVISION POST-ENTRENAMIENTO (Comienza la noche posterior al Entrenamiento).

A) Antes de ir a la cama :

TABLA Nº 5 (Cont.)

- 1.- El aparato de alarma se coloca en la cama.
- 2.- Se realizan ejercicios de Práctica Positiva (si ocurrió algún accidente la noche anterior).
- 3.- Se recuerda al niño que debe permanecer seco y la necesidad de Entrenamiento en Limpieza y Práctica Positiva si se mojase.
- 4.- Se pide al niño que repita las instrucciones a los padres.

B) Limpieza durante las horas nocturnas :

- 1.- A la hora de ir los padres a la cama, levantan al niño y le envían al baño.
- 2.- Después de cada noche seca, los padres levantan al niño 30 minutos antes que lo hicieron la noche anterior.
- 3.- Dejan de levantar al niño cuando está previsto hacerlo antes de una hora después de acostarse el niño.

C) Cuando algún accidente ocurre, el niño recibe Entrenamiento en Limpieza y ejercicios de Práctica Positiva inmediatamente después de haberse mojado y junto a la cama el día siguiente.

D) Después de una noche seca :

- 1.- Los padres alaban al niño por no haber mojado la cama.
- 2.- Los padres alaban al niño, por lo menos, 5 veces durante el día.
- 3.- Se anima a los parientes favoritos del niño a que le alaben también.

TABLA Nº 5 (Cont.)

III. RUTINA NORMAL, INICIADA DESPUES DE 7 NOCHES SECAS CONSECUTIVAS

- A) El aparato de alarma de orina no se coloca más en la cama.
 - B) Los padres controlan la cama del niño cada mañana.
 - 1.- Si la cama está mojada, el niño recibe Entrenamiento en limpieza inmediatamente y Práctica Positiva la tarde si guiente.
 - 2.- Si la cama está seca, el niño recibe alabanzas por mantener su cama seca.
 - C) Si dos accidentes ocurren dentro de la misma semana, la supervisión Post-Entrenamiento se reinicia.
-

En la fase experimental del estudio, participaron un total de 26 sujetos con una edad media de 8 años (3 de los cuales eran menores de 6) que respondieron a un anuncio publicado en un periódico. Como criterio de línea base se utilizó la estimación de los padres acerca de la frecuencia con que sus hijos mojaban la cama. Los sujetos fueron divididos en 13 parejas, agrupados por edad, sexo y frecuencia de micción y distribuidos al azar en 4 grupos y dos tipos de tratamiento, el Entrenamiento en Cama Seca (grupo experimental) y la Técnica de MOWPER (grupo control).

El estudio fue diseñado para comprobar la superioridad del E.C.S. (Entrenamiento en Cama Seca) frente a la Técnica de MOWPER y poder demostrar que la eliminación de la enuresis responde más a un proceso de Condicionamiento Operante que a uno de Condicionamiento Pavloviano (AZRIN y Cols., 1974, pág. 148).

Para cubrir este objetivo se diseñaron dos experimentos. En el primero participaron un total de 14 niños distribuidos en dos grupos de tratamiento. El grupo experimental (7 sujetos) recibía el método de la Cama Seca, con la particularidad de que el sonido de la alarma se oía a la vez en la habitación de los niños y en la de los padres a través de dos zumbadores. En el grupo de control (7 sujetos) se utilizaba el método tradicional de la alarma, indicando a los padres que despertaran al niño si éste no apagaba la alarma por sí mismo, lo acompañaran al baño y le pidieran que se lavara la cara. En ambos procedimientos participó un instructor que se desplazaba a la casa del niño, para dirigir el entrenamiento intensivo en el caso del Entrenamiento en Cama Seca, y explicar el funcionamiento adecuado de la alarma en el otro procedimiento.

En el experimento 2º participaron 12 niños, 6 recibían Entrenamiento en Cama Seca y los otros 6 el tradicional de la alarma. El procedimiento a seguir era el mismo que en el experimento 1º, a excepción de que en el grupo que recibía Entrenamiento en Cama Seca la alarma sonaba únicamente en la habitación de los padres y no en la del niño. Este cambio iba encaminado a probar que el condicionamiento directo del niño no es necesario para controlar la enuresis, sino que basta con que los padres lo despierten cuando moja la cama y proporcionen las consecuencias pertinentes. Los 13 sujetos del grupo que recibía el procedimiento de MOWRER, en ambos experimentos, pasaban después de dos semanas a utilizar el E.C.S., con el fin de realizar comparaciones intrasujetos.

Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los dos tipos de tratamiento ($P < 0,005$) a favor de la técnica de AZRIN, SNEED y FOXX. El número medio de noches mojadas en el grupo que recibió el Entrenamiento en Cama Seca

fue de 1 en la primera semana; 1 en la segunda, ninguna desde la - tercera semana y durante los 6 meses de seguimiento. La frecuencia estimada en la línea base era de 7 noches mojadas. En el grupo que recibió el método tradicional de la alarma, la reducción fue de 6 - noches mojadas en la primera semana y 5 en la segunda, lo que equivale a una reducción del 28% frente al 100% que consiguió el grupo entrenado con el método de AZRIN.

El análisis individual mostró que tan solo 2 niños de - los 13 entrenados únicamente con la alarma, consiguieron más de 6 no ches secas durante las dos semanas del seguimiento, mientras todos los sujetos (24) incluidos los 11 que fueron reentrenados con el mé todo de Cama Seca, consiguieron alcanzar el criterio de 14 noches - consecutivas secas en 4 semanas de entrenamiento. La mayoría de los niños sólo mojó la cama 2 veces, antes de conseguir el criterio, los más rápidos ninguna vez y los más lentos 9 veces.

No hubo diferencias significativas entre los sujetos - que recibieron el E.C.S. con alarma en su habitación y en la de los padres, y los que sólo la tenían en su habitación, respecto al núme ro de veces que mojaron la cama (los autores AZRIN y Cols. , 1974, prefieren denominarlos accidentes, lo que se presta a equívoco pues to que se desconoce si se refieren a noches mojadas o a las veces que mojan la cama).

En los 6 meses de seguimiento, 7 de los 24 sujetos (29%) tuvieron que ser reentrenados; en estos casos la alarma fué de nuevo introducida, tal como aconseja el método en su tercera fase, durante el periodo de una semana. El reentrenamiento tuvo una duración de 19 días. No se hacen comentarios respecto a este porcentaje de recaídas que, según la revisión de O'LEARY y WILSON (1975) y

la opinión de DOLEYS (1977), no es sustancialmente diferente al en -
contrado con el método de MOWPER.

Ante estos resultados, los autores concluyeron que :

"se podría especular con que el condicionamiento de tipo -
Pauloviano no es el proceso subyacente responsable de la
eficacia del método usual de la alarma ante la orina. Más
bien, la alarma puede ser meramente la forma de provocar
otros y más importantes sucesos, tales como la molestia -
para los padres y el niño al tener que levantarse, la ne-
cesidad de cambiar las sábanas mojadas, o la de tener que
limpiarse uno mismo". (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974, pág.155).

En resumen, AZRIN y su grupo (1974) consideran que la
enuresis es un problema de aprendizaje que incluye factores tan di-
ferentes y complejos como la motivación, el grado de control volun-
tario de la micción, relaciones con los padres, fuerza de las res-
puestas alternativas y facilidad para despertar. El uso del apara-
to de alarma en su programa de entrenamiento se justifica en base
a que posibilita la modificación contingente de tales factores cuan-
do el niño moja la cama.

Según su opinión, esta interpretación quedaría demos-
trada por el hecho de que los niños que recibieron entrenamiento en
Cama Seca y que no oían el sonido de la alarma, también resultaron
curados, lo que no podría atribuirse a una asociación entre el soni-
do y la relajación del esfínter, puesto que esta asociación no se -
había producido, sino a las consecuencias sociales administradas --
por el terapeuta y los padres contingentemente al hecho de mojar la
cama (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974, pág. 155).

Desde un punto de vista teórico, el modelo socio-moti-
vacional o de refuerzo social, como lo denomina YATES (1975), pro -

puesto por AZRIN y Cols. (1973, 1974 a, 1974 b), incide en la importancia que juegan las consecuencias sociales que siguen al acto de la micción, consecuentemente son factores externos al individuo los que parecen estar operando. Esta explicación parece oponerse al modelo de control cortical relacionado (YATES, 1975) con la técnica de MOWPER y KIMMEL, donde la enuresis es atribuida a factores internos, tales como el fracaso de los sistemas corticales superiores para controlar mecanismos reflejos subcorticales o una vejiga de capacidad funcionalmente pequeña.

Al igual que en otras áreas de la Psicología, aquí también parece plantearse el viejo dilema acerca del papel de los determinantes internos o externos de la conducta, si bien en este caso, el concepto de interno - externo debe ser interpretado tal como lo venimos comentando.

Respecto a su aplicación en la práctica clínica, el entrenamiento en Cama Seca plantea serios problemas por cuanto que conlleva la actuación de un terapeuta o personal especializado que acuda a la casa del paciente para dirigir la primera fase del entrenamiento, lo que restringe y encarece considerablemente su uso. Otro aspecto a considerar es que un procedimiento tan complejo no puede ser llevado a cabo con éxito por todos los padres, a causa del tiempo y la habilidad requerida para conducir adecuadamente el entrenamiento.

Como han señalado algunos autores (DOLEYS, 1977; ROSS, 1981), el aspecto más controvertido del método de AZRIN estriba en averiguar la aportación específica de cada técnica utilizada en el éxito final, cuáles son esenciales, cuáles pueden ser eliminadas. En efecto, tal como hemos descrito, el E.C.S. utiliza un conjunto -

de técnicas tales como, Entrenamiento en Retención, Despertar Escalonado, Aparato de Alarma, Práctica Positiva, etc., que combinadas entre sí proporcionan el resultado final. AZRIN, SNEED y FOXX (1974) explicaron el porqué de cada una de ellas.

La ingestión de líquido se utiliza para incrementar el número de micciones y la práctica intensiva del procedimiento. El entrenamiento en despertar y el despertar escalonado tienen como objetivo enseñar al niño a despertarse ante estímulos suaves y a retener la orina durante la noche por períodos cada vez mayores. El entrenamiento en limpieza pretende incrementar la conciencia acerca de las molestias que ocasiona el mojar la cama. La práctica positiva busca fortalecer la respuesta correcta de orinar en el lugar adecuado.

Nada dicen los autores sobre los efectos secundarios - derivados del uso de algunas de estas técnicas. En concreto, la sobrecorrección o entrenamiento en limpieza y la práctica positiva las cuales, como ha señalado ROSS (1981, pág. 137), si prescindimos de su "eufemística denominación", pueden ser interpretadas como técnicas de castigo.

FOXX y AZRIN (1973) y AZRIN y FOXX (1974) publicaron un método rápido, similar al E.C.S. para entrenar a niños pequeños (de 20 a 26 meses) en el uso del retrete durante el día. El entrenamiento se lleva a cabo en un día y tiene una duración media de aproximadamente 4 horas. FOXX y AZRIN (1973) manifestaron que los 34 niños entrenados reaccionaron como si estuvieran viviendo una experiencia muy agradable y que los que reaccionaron negativamente eran "niños problema" que se resistían a ser correctamente entrenados (opus cit, pag. 289).



Los estudios de MATSON (1975), BUTLER (1976) y MATSON y OLLENDICK (1977), realizados con sujetos de la misma edad y el mismo procedimiento de FOXX y AZRIN, mantienen opiniones contrarias al respecto.

MATSON (1975) comunicó que las 6 madres que participaron en el estudio sobre entrenamiento diurno, manifestaron conductas de llanto, enfado y gritos, así como otras conductas de evitación ante la "sobrecorrección" (entrenamiento en limpieza) y la Práctica Positiva.

Los resultados de BUTLER (1976) indicaron que 10 de los 49 sujetos (20%) no consiguieron ser entrenados durante el día con el método de FOXX y AZRIN y que 6 sujetos de los fracasados manifestaron fuertes reacciones emocionales ante la Práctica Positiva.

En el estudio de MATSON y OLLENDICK (1977) participaron un total de 10 madres que querían entrenar a sus hijos (de 20 a 26 meses de edad) en el uso correcto del baño durante el día. Las madres fueron distribuidas en 2 grupos, uno simplemente seguía las instrucciones del manual publicado por AZRIN y FOXX (1974), el otro recibía además supervisión terapéutica.

Los resultados mostraron que todos los niños manifestaron reacciones emocionales ante el entrenamiento en limpieza y la práctica positiva, si bien las madres que tenían supervisión terapéutica fueron capaces de controlar mejor estas situaciones.

No existen comunicaciones sobre este importante aspecto cuando se utiliza el Entrenamiento en Cama Seca con enuréticos nocturnos, si bien es posible que los efectos emocionales aparezcan

en edades más tempranas (MATSON y OLLENDICK, 1977), lo que justificaría el silencio bibliográfico respecto a niños de edad superior a 5 años, edad en que, por lo general, la enuresis nocturna comienza a ser tratada.

Efectos similares a los que acabamos de mencionar han sido observados cuando se despierta a los niños varias veces en la noche. CREER y DAVIS (1975) utilizaron la técnica de Despertar Escalonado para corregir la enuresis de 9 niños que estaban en una residencia para asmáticos crónicos. Los niños eran despertados varias veces durante la noche, siguiendo una escala de intervalo variable. Los autores comunicaron que todos los sujetos habían percibido el procedimiento como una situación muy aversiva. Se desconoce con exactitud la edad de los sujetos que participaron en el estudio, aunque se dice que eran niños pequeños.

Los datos que hemos comentado parecen indicar un uso excesivo de procedimientos aversivos en el entrenamiento en Cama Seca, cuyos efectos no han sido todavía debidamente evaluados.

2.3.2.- Eficacia : Resultados Experimentales

Los resultados experimentales sobre la efectividad del Entrenamiento en Cama Seca, publicados por AZRIN, SNEED y FOXX (1973 1974), son sorprendentes y alentadores, sin embargo, posiblemente por su novedad, no se han publicado aún suficientes réplicas ni es-

tudios comparativos sobre su eficacia. En la TABLA Nº 6 se resumen los trabajos efectuados hasta ahora.

DOLEYS, CIMINERO, TOLLISON y WILLIAMS (1977) replicaron el trabajo de AZRIN, SNEED y FOXX (1974) y compararon su método con el Entrenamiento en Retención propuesto por KIMMEL y KIMMEL (1970). En el estudio participaron 19 sujetos (contactados a través de un anuncio en el periódico), 13 de los cuales eran varones y el resto, 6, mujeres, y con una edad media de 7,2 años. Todos padecían enuresis nocturna, 16 de ellos primaria y 3 secundaria.

Durante 21 días se tomaron medidas de frecuencia de micción nocturna y de capacidad máxima de vejiga, a fin de establecer la línea base. Los padres inspeccionaban la cama de sus hijos cada 2 horas, de este modo se conocía si el niño mojaba la cama más de 1 vez por noche.

El Entrenamiento en Cama Seca fue aplicado a 13 niños que mojaban la cama 6,6 veces (media) por semana. La duración del tratamiento se estableció en 6 semanas. Con objeto de mantener la colaboración de los padres durante el estudio, éstos pagaban 10,- Dólares y dejaban 64,- en depósito que perdían si no seguían las instrucciones o abandonaban el tratamiento antes de tiempo.

Los resultados indicaron que 8 sujetos (61%), 5 durante el tratamiento y 3 en el seguimiento, consiguieron permanecer secos durante 14 noches consecutivas (criterio inicial de éxito). El entrenamiento en Cama Seca redujo considerablemente la enuresis en todos los casos. El número de micciones descendió a 1,5 veces por se

mana respecto a las 6,6 de la línea base, lo que supone una reducción del 77%. Ningún niño de los 6 que recibieron el método de KIM MEL consiguió alcanzar el criterio durante el periodo de tratamiento, y la enuresis se mantuvo muy próxima a la línea base. La diferencia entre los dos procedimientos fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$) a favor del Entrenamiento en Cama Seca. Dos sujetos (19%) de este grupo abandonaron el tratamiento.

Durante los tres meses de seguimiento, cuatro de los 13 sujetos tratados con el E.C.S. mojaban la cama entre 0 y 2 veces al mes, y el resto entre 3 y 6 veces. Los autores no indican en este estudio cuáles son las recaídas que deban atribuirse a los 8 niños que consiguieron el criterio inicial de éxito.

WILLIAMS, DOLEYS y CIMINERO (1978) ampliaron los resultados anteriores después de 2 años de seguimiento. De los 8 niños tratados con éxito, 3 (37%) no mostraban ninguna recaída y mantenían una continencia total; 2 mojaban la cama una vez al mes y los 3 restantes entre 4 y 6 veces al mes. Si consideramos como criterio de recaída mojar la cama 4 ó más veces al mes, resulta que el 37% de los sujetos recayeron. Respecto a los 4 sujetos que no alcanzaron el criterio inicial, seguían mojando la cama con una frecuencia de 14,5 veces por mes.

Los datos publicados por DOLEYS, CIMINERO, TOLLINSON y WILLIAMS (1977) y WILLIAMS, DOLEYS y CIMINERO (1978) difieren de los de AZRIN, SNEED y FOXX (1974) en una mayor duración del tratamiento (6 semanas frente a 4), en el menor número de sujetos que consiguen el criterio inicial de éxito (38% versus 100%) y en el mayor porcentaje de sujetos que recaen (37,5% vs. 29%).

TABLA Nº 6.- CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EXPERIMENTALES DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS SOBRE EL
 ENFERMEDAD EN UNA RED (E.C.S.)

116

Los resultados se refieren únicamente al E.C.S.; las observaciones en otros tratamientos pueden verse en el texto

AUTORES	Nº de Sujetos (varones vs. mujeres)	Edad: Rango y/o Media Años	Clima de Estudio	Frecuencia de Exposición Luz Solar	Características de Tratamiento	Duración Total del Tratamiento en Semanas (1)	Observación de la Evolución de la Enfermedad	Criterio de Evaluación de la Enfermedad	% de Sujetos que alcanzaron el Estado de Curación	Frecuencia de Recaída después del Tratamiento	Significado de los Resultados en el E.C.S.
ASHBY, SHEED y FOOT, 1.973	12 (7 : 5) Atendidos	37 (media)	Marítima	50% de exposición sujeto.	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	8 Semanas	Institución. Personal especializado.	14 recaídas semanas	100%	0%	3 meses 0%
ASHBY, SHEED y FOOT, 1.974	20 (19 : 1)	6 (media)	Marítima	50% de exposición sujeto.	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	4 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100%	0%	6 meses 20%
COLEBY, COLEBY, WILLIAMS y WILLIAMS, 1.977	19 (13 : 6)	7,2 (media)	Marítima primaria y secundaria	0,6 veces por semana	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención (E.C.S.)	6 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	61% 30% de recaídas después del tratamiento. 22% en el completo. (10% de atención)	1,0 veces por semana (E.C.S. sin atención).	3 meses No se observa Puede
WILLIAMS, COLEBY y COLEBY, 1.978	8 (8 : 0)	4 - 14 (Rango)	Marítima primaria y secundaria	0,6 veces por semana	E.C.S. Sin atención de los 8 sujetos que alcanzaron el estado de curación.	No aplicable	No aplicable.	No aplicable	No aplicable	No aplicable	20 meses (1) 27%
BOLLARD y HODGKINS, 1.977	26 (19 : 19)	8 (media) 4,6 - 13 (Rango)	Marítima	Diaria (atención tradicional)	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	13 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100% (E.C.S. sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	0% (E.C.S. sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	65 meses (3) 18%
ASHBY y THOMAS, 1.978	58 (41 : 14)	7,1 (media) 2 - 14 (Rango)	Marítima	50% de exposición sujeto	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	10 Semanas (según se observa de datos)	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	90% 86% (atención)	4%	12 meses (4) 20%
ASHBY, HODGKINS y SALMON, 1.979	64 (29 : 19)	6,8 (media) 3 - 13 (Rango)	Marítima	50% de exposición sujeto	E.C.S. con atención (sin atención)	20 Semanas (según se observa de datos)	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100%	4%	12 meses (4) 7%
REYNOLDS y LLOYD, 1.979	26 (14 : 10)	6,2 (media) 4,10 - 12,2 (Rango)	Marítima	5,0 (recaídas sujeto/semana)	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	8 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100% (E.C.S. sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	0% (E.C.S. sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	21 meses 0%
REYNOLDS, ASHBY y MC NEE, 1.980	14 (8 : 6)	6,8 (media) 3 - 14 (Rango)	Marítima	60% de exposición sujeto	Evaluación de un real para sujeto E.C.S. con atención (sin atención)	20 Semanas (no se observa de datos)	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	92%	7%	6 meses 20% (se observa de datos)
CADDER, 1.980	14 (9 : 5)	9 (media) 6 - 14 (Rango)	Marítima primaria y secundaria	7 veces semana	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	18 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	20% (E.C.S. con atención)	No se observa	De 7 a 20 meses 100% (E.C.S. 2 sujetos 0,20 y 0,60 veces por semana)
OWEN y CHAPMAN, 1.981	12 (12 : 0)	5,6 - 6 (media)	Marítima primaria y secundaria	60% de exposición sujeto	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	7 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100% (recaídas sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	0% (E.C.S. sin atención)	6 meses No aplicable.
BOLLARD y REYNOLDS, 1.981	120 (82 : 38)	9 (media) 4 - 13 (Rango)	Marítima	50% de exposición sujeto	Comunicación E.C.S. con atención tradicional de atención.	20 Semanas	Comunicación y atención.	14 recaídas semanas	100% (E.C.S. sin atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)	0% (E.C.S. sin atención)	12 meses 20% (E.C.S. con atención) vs. 0% (E.C.S. sin atención)

- 1) Meses convertidos en semanas los datos facilitados en meses a días por los autores, afin de facilitar la comparación.
- 2) Los autores no indican qué criterios se utilizaron. El 37% de los datos se refieren a 3 sujetos que mejoraron la zona 4 a 6 días antes al mes.
- 3) Se definió como recaída el mejor la zona 4 de una vez/semana.
- 4) El criterio de recaída fue 3 veces consecutivas mejor.
- 5) El criterio de recaída se estimó en mejor la zona una vez, después de haber alcanzado el criterio

BOLLARD y WOODROFFE (1977) utilizaron el Entrenamiento en Cama Seca con 34 niños tratados en régimen ambulatorio, con edades comprendidas entre 4,6 y 13 años. Todos los niños poseían una inteligencia aparentemente normal, excepto 2 considerados con una capacidad intelectual límite. Aproximadamente 2/3 de la muestra — presentaban problemas de conducta además de la enuresis y habían sido remitidos por el Departamento de Psiquiatría.

BOLLARD y WOODROFFE realizaron algunas modificaciones al método original de AZRIN y Cols. (1974). Pretendían averiguar — la eficacia del E.C.S. cuando el procedimiento era dirigido en su — totalidad por los padres, sin la ayuda de un terapeuta especializado durante la primera noche de entrenamiento; comprobar el papel que jugaba el aparato de alarma en el entrenamiento. Con vistas a ésto último, el E.C.S. fue utilizado tal como lo habían descrito sus creadores pero sin utilizar alarma, de modo que los padres sólo podrían aplicar las consecuencias sociales requeridas por el procedimiento, bien cuando inspeccionaban la cama del niño, al despertarlo o de una forma demorada por la mañana.

Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente (aunque igualados en lo posible en edad, sexo, frecuencia de enuresis y procedencia) en 3 grupos de tratamiento y uno de control.

Un grupo (14 niños) recibió el Entrenamiento en Cama — Seca idénticamente igual que lo publicaran AZRIN, SNEED y FOXX (1974) pero dirigido únicamente por los padres. El segundo grupo (10 sujetos) fue entrenado con el E.C.S. dirigido también por los padres, — pero sin aparato de alarma. El grupo control (10 sujetos) mantuvo el mismo contacto con los terapeutas que los dos anteriores, pero — fue anotado en una lista de espera.

La duración del tratamiento fue de 13 semanas, al final de las cuales, los 14 niños (100%) que utilizaron el E.C.S. con ayuda del aparato de alarma habían alcanzado el criterio de 14 noches consecutivas secas. Ninguno de los niños (0%) que recibió el E.C.S. sin alarma consiguió el criterio, aunque se apreció una reducción del 57% al final del periodo del tratamiento.

El entrenamiento resultó bastante rápido pues sólo — transcurrieron una media de 12 días hasta la última noche mojada. — El 85% de los sujetos se mantuvieron secos durante los 6 meses de — seguimiento y tan solo 2 sujetos (15%) tuvieron recaídas. Se definió la recaída como mojar la cama más de 1 vez por semana, una vez conseguido el criterio de 14 noches consecutivas secas. Estos resultados muestran que el Entrenamiento en Cama Seca es igualmente efectivo cuando es dirigido por los padres, lo que parece solucionar uno de sus mayores inconvenientes.

Respecto al fracaso del E.C.S. sin alarma, BOLLARD y — WOODROFFE (1977, pág. 164) concluyeron que la alarma parece un elemento esencial para la efectividad del procedimiento, añadiendo que:

"se podría especular que están involucrados otros factores además del condicionamiento directo, de otro modo — los niños que recibieron el E.C.S. sin la ayuda de un aparato de alarma no hubieran mostrado ninguna mejoría".

Según los autores, varias razones podrían explicar el escaso éxito del E.C.S. cuando la alarma es eliminada. Sin alarma disminuyen las posibilidades de detectar los accidentes durante la noche, consecuentemente el número de ensayos de Entrenamiento en Limpieza y Práctica Positiva disminuyen y se aplican demoradamente y — no en forma contingente. Otro aspecto que parece influir es la esca

sa motivación de los padres para seguir un procedimiento que requiere mucho esfuerzo y ofrece pobres beneficios.

Los resultados de BOLLARD y WOODROFFE (1977) son similares a los de AZRIN y Cols. (1974) e incluso superiores dado que el número de sujetos que recayeron fue menor, un 15% frente a un 29% en el estudio de AZRIN. Por otro lado, indican que el aparato de alarma es un componente importante del Entrenamiento en Cama Seca y que se puede prescindir de un terapeuta que dirija la primera noche del procedimiento.

NETTELBECK y LANGELOUDECKE (1979) replicaron el estudio de BOLLARD y WOODROFFE (1977).

En su trabajo participaron 24 sujetos (14 varones y 10 mujeres) de una edad media de 8,3 años (rango 4,10 - 13,3), pacientes ambulatorios de inteligencia normal y sin patología orgánica. Se asignaron al azar a dos grupos experimentales y uno de control. Uno de los grupos (7 sujetos) recibía E.C.S. completo y el otro (9 sujetos) sin el aparato de alarma. En ambos casos un terapeuta se desplazó a la casa de los niños para dirigir la primera noche de entrenamiento. El grupo de control integrado por 8 niños, permaneció en lista de espera mientras duraba la fase experimental (8 semanas.).

Los resultados respecto al E.C.S. con aparato de alarma son muy parecidos a los de BOLLARD y WOODROFFE (1977), los 7 sujetos consiguieron el criterio de 14 noches consecutivas secas. La alarma sólo fue utilizada durante 13 días, tiempo comparable con los 19 días del estudio de AZRIN, SNEED y FOXX (1974) y a los 12 de

BOLLARD y WOODROFFE (1977). No hubo recaídas en ninguno de los niños durante los dos meses de seguimiento.

El E.C.S. sin alarma resultó tan poco efectivo como la ausencia de tratamiento (grupo control); en ambos grupos hubo una reducción respecto a la línea base durante la primera semana. Dicha reducción fue atribuida a la atención prestada al niño y a las expectativas de terapia generadas en el grupo de control.

Las diferencias entre los resultados obtenidos por BOLLARD y WOODROFFE (1977) y los encontrados aquí, se relacionaron con la ausencia de un registro directo durante la línea base en el estudio de aquellos. NETTELBECK y LANGELODECKE (1979) creen que los padres tienden a sobrestimar las veces que sus hijos mojan la cama, por lo que, muy posiblemente, BOLLARD y WOODROFFE habrían partido en sus análisis de una base falsa. Por tanto el efecto del E.C.S. sin alarma sería bastante menor que el que ellos observaron (un 57% de reducción respecto a la línea base).

En resumen, ambos estudios (BOLLARD y WOODROFFE, 1977, y NETTELBECK y LANGELODECKE, 1979) ponen de manifiesto que el Entrenamiento en Cama Seca es un método rápido y eficaz en el control de la enuresis nocturna y que el aparato de alarma es un elemento esencial del procedimiento.

2.3.3.- Modificaciones del Método Original y Resultados Experimentales .-

Pese a los pobres efectos conseguidos por el E.C.S. en

la eliminación de la enuresis nocturna cuando se retira el aparato de alarma (BOLLARD y WOODROFFE, 1977), AZRIN y THIENES (1978) consideraron que este aspecto no debía afectar a la eficacia del entrenamiento.

Justificaron su opinión en base a los resultados obtenidos por AZRIN, SNEED y FOXX (1974), quienes manifestaron que las consecuencias sociales por mojar la cama eran más importantes que la contigüidad temporal entre el sonido de la alarma y la respuesta de micción. Recordemos que en este estudio se obtuvieron los mismos efectos cuando la alarma sonaba solamente en la habitación de los padres, de modo que el niño no la oía, por lo que difícilmente podría producirse la Respuesta Condicionada de despertar o de inhibir la orina como propone el método de MOWRER (1938). En consecuencia, AZRIN y THIENES (1978) publicaron una versión modificada del Entrenamiento en Cama Seca.

Las diferencias fundamentales entre el "nuevo método" y el de AZRIN, SNEED y FOXX (1974) estriban en que se suprime el aparato de alarma; el entrenamiento intensivo se realiza por la tarde y al anochecer, a fin de reducir molestias a los padres; se introducen ejercicios para desarrollar el control voluntario de la orina y se utiliza el "role-playing" como método para fortalecer la respuesta correcta. En la TABLA Nº 7 ofrecemos en detalle el nuevo procedimiento.

AZRIN y THIENES (1978) compararon el E.C.S. modificado con el método tradicional de la alarma. En el experimento participaron 55 sujetos con edades comprendidas entre 3 y 14 años. 28 recibieron la nueva versión del E.C.S. y 27 el procedimiento habitual

de la alarma. Después de dos semanas de tratamiento, los padres decidían si querían continuar con el método asignado o si preferían utilizar el otro. En ambos casos el inicio del tratamiento fue supervisado directamente por personal cualificado.

Los resultados mostraron que el E.C.S. modificado continuaba siendo superior a la técnica de MOWRER. Al final de las 2 semanas de entrenamiento, la enuresis se había reducido en un 75 % frente aun 14%. Al comienzo del tratamiento ambos grupos mojaban la cama el 90 % de las noches. Respecto a la posibilidad de cambio de procedimiento ofrecida a los padres, ninguno de los asignados al E. C.S. pidió ser transferido al método de la alarma, mientras que 23 de los 27 padres que recibieron la técnica de MOWRER decidieron cambiarse al otro método. AZRIN y THIENES (1978) indicaron que todos los niños consiguieron el criterio de 14 noches consecutivas secas, excepto 4 cuyos padres abandonaron el tratamiento.

En el trabajo de AZRIN y THIENES (1978) existe bastante confusión acerca de la duración exacta del tratamiento y del porcentaje de sujetos que recayeron en los 12 meses de seguimiento. Los datos indican que el porcentaje de noches mojadas disminuyó a un 15 % durante la segunda semana, a un 9% en el segundo mes, a un 4% durante el quinto mes y un año más tarde, los accidentes ocurrían menos del 2 % de las noches. El porcentaje de sujetos que recayó durante el seguimiento fue del 20 %. Los autores señalan que las recaídas coincidieron con problemas de salud o situaciones familiares traumáticas, y que fueron rápidamente corregidas. El aspecto clave en estos datos es el criterio de recaída que se ha utilizado: mojar la cama más de 3 noches consecutivas (AZRIN y THIENES, 1978, pág. 352). Dicho criterio es, a nuestro juicio, excesivamente amplio, pues podría pensarse que si algún niño mojó la cama, por ejemplo, 3 noches por semana pero de forma alterna, no fue incluido en ese 20% de sujetos que recayeron.

TABLA Nº 7 .- ETAPAS DEL NUEVO PROCEDIMIENTO (AZRIN y THIENES,
1.978, págs. 346 - 347).
=====

I.- DIA DE ENTRENAMIENTO
=====

A) Por la tarde :

- 1.- Se informa a padres y niño sobre el procedimiento.
- 2.- Animar al niño a beber su bebida favorita para incrementar la necesidad de orinar.
- 3.- Animar al niño para que intente orinar cada media hora.

a) Si el niño siente la necesidad de orinar se le pide que aguante esa necesidad durante periodos de tiempo — gradualmente más largos.

b) Si el niño tiene que orinar, se le pide que se eche en la cama como si estuviera dormido y que salte de la cama y vaya al cuarto de baño, ensayando lo que tendría que hacer por la noche. Después se le elogia y se le gratifica con su bebida favorita.

- 4.- Motivar al niño a mantener la cama seca.

a) Los padres revisan con el niño las molestias causadas por mojar la cama.

b) Los padres establecen un contrato con el niño en cuanto a las recompensas que este va a recibir tras la primera noche en que no haya mojado la cama y después de un —

TABLA Nº 7 (Cont.)

número determinado de noches secas.

c) El niño recibe una hoja de registro grande que ha de colocar en un sitio bien visible, en la que va a anotar los progresos que realiza.

B) Una hora antes de acostarse y con la supervisión de los -
padres:

- 1.- El niño explica todas las fases del procedimiento.
- 2.- El niño ensaya los procedimientos de limpieza :
 - a) Ponerse y quitarse su propio pijama.
 - b) Poner y quitar las sábanas de la cama.
- 3.- El niño ensaya el ir al cuarto de baño (Práctica Posi-
tiva) :
 - a) Se echa en la cama como si estuviera dormido y con las luces apagadas.
 - b) Cuenta hasta cincuenta.
 - c) Se levanta y va hacia el cuarto de baño donde in-
tenta orinar.
 - d) Regresa a la cama.
 - e) Los pasos a) a d) son repetidos durante 20 veces
mientras los padres cuentan cada uno de los paseos.

C) A la hora de acostarse :

- 1.- El niño repite lo que tiene que hacer en caso que la cama estuviera mojada cuando lo despierte el instruc-
tor.
- 2.- Se le anima a beber más líquidos.
- 3.- Los padres hablan con el niño acerca de las recompen-

TABLA Nº 7 (Cont.)

sas que va a recibir y su seguridad de que el niño no va a mojar la cama.

4.- Se hacen comentarios sobre las sábanas secas.

5.- El niño se retira a dormir.

D) Despertar al niño cada hora hasta la 1 de la madrugada

1.- Si el niño está seco :

a) Utilizar el menor ruido posible para despertarlo.

b) Preguntar al niño qué es lo que quiere hacer :

1.- Si puede aguantarse una hora más :

. El instructor alaba su control sobre la orina.

. El niño vuelve a dormir.

2.- Si tiene que orinar :

. El niño va al baño.

. El instructor lo alaba por orinar en el lugar correcto.

. El niño vuelve a la cama.

3.- Comprueba que las sábanas están secas.

4.- Se le alaba por mantener la cama seca.

5.- Se le da de beber (sólo hasta las 11 de la noche.

6.- El niño vuelve a dormir.

2.- Cuando ha ocurrido un accidente :

a) Los padres despiertan al niño reprendiéndole por mojar la cama.

b) Conducen al niño al cuarto de baño para que termine de orinar.

c) El niño debe realizar el Entrenamiento en Limpieza:

1.- Se cambia el pijama.

TABLA Nº 7 (Cont.)

- 2.- Quita las sábanas mojadas y las coloca en la lavadora.
 - 3.- Coge sábanas limpias y vuelve a hacer la cama.
 - d) Inmediatamente después del Entrenamiento en Limpieza, realiza 20 ensayos de Práctica Positiva.
 - e) Se le informa que estos ensayos debe realizarlos - también al día siguiente antes de acostarse.
- E) Los padres inspeccionan la cama media hora antes por la mañana.

II.- SUPERVISION DE LOS PADRES EN DIAS SUCESIVOS

A) Si la cama está seca por la mañana

- 1.- Indicárselo al niño media hora antes de su hora normal de levantarse, permitiéndole continuar en la cama esa media hora porque no necesita practicar los paseos al cuarto de baño.
- 2.- Anotarlo en la hoja de registro y mostrarle sus progresos.
- 3.- Decir a todos los visitantes de la casa que es capaz de conservar la cama seca.
- 4.- Comentar sobre su éxito por lo menos tres veces al día.

B) Si la cama está mojada

- 1.- Levantar al niño media hora antes, decirle lo que debe hacer y que compruebe cómo están las sábanas.
- 2.- Que cambie las sábanas y los pijamas.

- 3.- Debe realizar 20 ensayos de Práctica Positiva.
 - 4.- Tiene que practicar de nuevo esa noche, media hora an
tes de irse a la cama.
 - 5.- El niño lo anota en su hoja de registro y se le dice
que lo intentará de nuevo al día siguiente.
 - 6.- Decir a los visitantes que el niño está aprendiendo a
mantener la cama seca.
-

Comparando estos resultados con el método original de AZRIN, SNEED y FOXX (1974), el Entrenamiento en Cama Seca, sin aparato de alarma, parece menos rápido y eficaz. En efecto, en el estudio de AZRIN y THIENES (1978) la media de accidentes por sujeto, antes de alcanzar el criterio estipulado, fue de 4 (5 en los niños entre 3-5 y 6-9 años, y 4 en los de 10-14 años), frente a sólo dos accidentes en el trabajo de AZRIN, SNEED y FOXX (1974). La enuresis desoendió más lentamente (al 9% en el 2º mes; 6% en el 3º y 4% en el 5º) y no fue totalmente eliminada (2% un año más tarde) cuando se utilizó el E.C.S. sin alarma. Sin embargo, con el método anterior (AZRIN, y Cols. 1974), la enuresis se controló totalmente en solo 3 semanas de tratamiento. AZRIN y THIENES (1978, pág. 352) no dan excesiva importancia a estas discrepancias y concluyen que :

"Estas diferencias sugieren que el aparato de alarma podría ser añadido al presente método si el objetivo principal es obtener una máxima eficacia y si su uso no genera graves inconvenientes o desconfianza".

AZRIN, HONTOS y BESALEL-AZRIN (1979) comprobaron la eficacia del nuevo método introduciendo una nueva modificación, utilizar a los padres como terapeutas durante todo el procedimiento. En este estudio se eliminó, además de la alarma, la asistencia del terapeuta que dirigía el proceso el primer día de entrenamiento. Los padres fueron entrenados durante una visita a los autores de una hora y media de duración.

En el trabajo participaron 44 sujetos, 29 varones y 15 mujeres de edades comprendidas entre 3 y 15 años (media 6,8). Los niños mojaban la cama una media de 6,5 noches por semana (92%). Se eliminaron aquellos cuya frecuencia de enuresis era menor de 3 noches por semana.

Los resultados son similares a los publicados por AZRIN y THIENES (1978). Todos los sujetos alcanzaron el criterio inicial de éxito durante los 5 meses que parece duró el tratamiento. — Las noches mojadas se redujeron al 15% después de 2 semanas y al — 13%, 11% y 9% durante el 2º, 3º y 4º mes de entrenamiento, respectivamente. Al final del 5º mes y durante un año después, el porcentaje de noches mojadas se mantuvo en un 4%.

AZRIN, HONTOS y BESALEL (1979) indicaron que sólo 3 sujetos (7%) recayeron durante los 12 meses de seguimiento. El criterio de recaída fue el mismo que utilizaron en el trabajo anterior — (AZRIN y THIENES, 1978), es decir, mojar la cama 3 noches consecutivas después de alcanzado el criterio inicial de éxito.

Según los autores, estos datos demostraban que el E.C. S. (sin alarma) tenía los mismos efectos si los padres llevan a cabo todo el procedimiento que si un profesional dirige el primer día de entrenamiento. Estos resultados vienen a confirmar los obtenidos por BOLLARD y WOODROFFE (1977).

Guiados por los datos anteriores, AZRIN y BESALEL — (1979) publicaron un manual sobre el Entrenamiento en Cama Seca y — destinado a los padres cuyos hijos padecieran enuresis nocturna.

En el libro se especificaba que el procedimiento podía ser utilizado con o sin alarma. BESALEL, AZRIN, HONTOS y MC MORROW (1980) comprobaron la efectividad del manual. Se ofreció el manual a los padres de 14 niños, contactados a través de la prensa, para — que lo leyeran durante un mes, al tiempo que registraban la frecuencia con que sus hijos orinaban la cama. La muestra estaba formada por 8 varones y 6 mujeres con edades entre 3 y 14 años (media 6,8).

Los padres de 3 niños eligieron el E.C.S. con aparato de alarma. Antes de comenzar el tratamiento, la frecuencia de enuresis, noches mojadas, era del 62 %, que se redujo al 27 % durante la primera semana de tratamiento; al 17 % después de dos meses; al 13 % en el 4º mes y al 9% y 7% durante el 5º y 6º mes de entrenamiento. Todos los sujetos menos uno, consiguieron alcanzar 14 noches consecutivas secas. La duración del seguimiento fue de 6 meses durante los cuales, 5 sujetos mantenían una total continencia, mientras 4 (36%) tuvieron un promedio de dos noches mojadas (entre 1 y 9) durante este periodo. Dos sujetos no pudieron ser contactados durante el seguimiento.

Evidentemente, estos resultados son menos favorables - que los obtenidos por AZRIN y Cols. (1979) donde los padres fueron entrenados durante hora y media por un profesional. En aquel trabajo la enuresis se redujo a un 20 % en la primera semana; a un 13% - en el 2º mes y a 4% en el 6º, frente a una reducción de un 27%, 17% y 7% durante el mismo periodo en el estudio de BESALEL y Cols. (1980).

Es necesario señalar que BESALEL, AZRIN, HONTOS y MC MORROW (1980) no hacen ningún comentario respecto a los 3 niños que utilizaron el E.C.S. con aparato de alarma y es muy probable que estuvieran incluidos entre los pocos niños que consiguieron la continencia nocturna.

Si bien los trabajos que acabamos de comentar (AZRIN y THIENES, 1978; AZRIN, HONTOS y BESALEL, 1979; y BESALEL, AZRIN, HONTOS y MC MORROW, 1980) muestran resultados bastante optimistas - respecto a la eficacia del Entrenamiento en Cama Seca sin utilizar alarma, lo cierto es que tales resultados no han sido ni confirmados ni aproximados a los publicados por otros autores (BOLLARD y WOODRO

FFE, 1977; NETTELBECK y LANGELODECKE, 1979; CACERES, 1980; GRAÑA y CARROBLES, 1981; BOLLARD y NETTELBECK, 1981).

CACERES (1980) replicó el estudio de AZRIN y THIENES (1978), comparando el E.C.S. sin alarma y sin la intervención directa de un terapeuta, con la técnica de MOWRER. Sus resultados mostraron la superioridad del método de MOWRER sobre el E.C.S. modificado. Los 7 casos asignados al procedimiento de Mowrer alcanzaron el criterio de éxito (14 noches consecutivas sin orinarse), de los cuales, 5 (71%) lo lograron en 6 semanas de tratamiento y 2 (29%) en 9 semanas. Sólo 2 sujetos (29%) de los 7 entrenados con el E.C.S. modificado consiguieron el criterio inicial, 1 en 6 semanas y el segundo después de 11 semanas de tratamiento.

Durante el periodo de seguimiento (entre 8 y 20 meses) todos los sujetos, excepto uno, que recibieron el método de MOWRER recayeron, ya que el criterio de recaída fue mucho más estricto que el utilizado por AZRIN y THIENES (1978): mojar la cama tan sólo una vez, después de alcanzado el criterio, frente a las 3 noches consecutivas estipuladas por aquellos. Sin embargo, el número de recaídas fue bastante bajo (entre 0,44 y 0,72 veces por mes). Los dos sujetos que obtuvieron el criterio con el E.C.S. mostraron un índice de recaídas de 0,55 y 0,66 veces por mes, respectivamente.

Los datos del trabajo de CACERES (1980) sugieren que el procedimiento de MOWRER es más rápido (9 semanas máximo vs. 11 semanas) y más eficaz (100% de los sujetos alcanzaron el criterio frente a sólo un 29%) que el Entrenamiento en Cama Seca utilizado sin aparato de alarma. Respecto al porcentaje de sujetos que recaen y al índice de recaídas, no es posible hacer comparaciones, dado el pequeño número de sujetos (2) que alcanzaron el criterio con el nuevo método de AZRIN y THIENES (1978).

GRAÑA y CARROBLES (1980) compararon la eficacia del En trenamiento en Cama Seca sin alarma y tal como fue utilizado por — BOLLARD y WOODROFFE (1977), con el método de MOWPER y el Entrenamien to en Retención (KIMMEL).

En el estudio participaron 12 sujetos varones cuya edad oscilaba entre 5,6 y 6 años. Durante la línea base (7 días) y el — tratamiento (50 días) se tomaron medidas de dos variables dependien tes, frecuencia media de micción nocturna y cantidad media de orina.

Los resultados indicaron que el método de condiciona — miento de MOWPER fue más efectivo en la eliminación de la enuresis, que el entrenamiento en retención y el E.C.S. ($P < 0,01$). Los cua tro sujetos tratados con entrenamiento en retención mostraron sólo una leve reducción de la enuresis (5,5%) después de los 50 días de tratamiento. Ninguno de los que (4) recibió entrenamiento en cama seca consiguió alcanzar el criterio (14 noches secas) durante el pe riodo de entrenamiento, mostrando una reducción de aproximadamente un 35%. Sin embargo, dos de estos niños obtuvieron el criterio du rante los cuatro meses de seguimiento. Todos (4) los que utiliza — ron el procedimiento de MOWPER alcanzaron el criterio y se mantuvie ron continentes y sin ninguna recaída, durante el seguimiento. Los tres tipos de entrenamiento sirvieron para incrementar la capacidad de vejiga respecto al nivel de la línea base ($P < 0,01$). Esto úl timo viene a confirmar la opinión de algunos autores (DOLEYS y Cols. 1977; FIELDING, 1980 a) acerca de que el incremento de capacidad de vejiga no parece estar relacionado con la continencia nocturna.

Los resultados publicados por BOLLARD y NETTELBECK — (1981) muestran un panorama bastante similar al ofrecido en los es tudios de CACERES (1980) y GRAÑA y CARROBLES (1980) respecto a la —

escasa eficacia del Entrenamiento en Cama Seca utilizado sin alarma.

En este estudio participaron 120 niños cuyas edades estaban comprendidas entre 4 y 15 años. El experimento comparaba el método tradicional de la alarma con el Entrenamiento en Cama Seca, con y sin alarma.

El E.C.S. con alarma, tal como lo describieron AZRIN - SNEED y FOXX (1974), se aplicó bajo tres condiciones experimentales: en la casa del niño y con un profesional que dirigía la primera noche de entrenamiento (1); en el hospital (2) y en la casa del niño dirigido en su totalidad por los padres. (3). La duración máxima de los tratamientos (periodo experimental) se estableció en 20 semanas y el seguimiento se llevó a cabo durante 12 meses. Los sujetos fueron distribuidos en grupos de 20 a 6 grupos, 5 de tratamiento y uno de control.

Los resultados indicaron que el E.C.S. original (con alarma) era más efectivo, en cualquiera de las tres condiciones experimentales que el E.C.S. sin alarma ($P < 0,001$) y que el método tradicional de la alarma ($P < 0,05$). El Método de MOWRER era a su vez más eficaz que el E.C.S. sin ayuda del aparato de alarma ($P < 0,001$).

Un análisis más detallado de los datos señala que los 60 sujetos (100%) entrenados con el E.C.S. original, en las tres condiciones experimentales, consiguieron el criterio (14 noches secas) frente a un 80% y un 25% de los tratados con el procedimiento de MOWRER y con el E.C.S. (sin alarma), respectivamente. El Entrenamiento en Cama Seca (con alarma) resultó ser más rápido que el método standard de la alarma y el E.C.S. sin alarma. Los sujetos que

alcanzaron el criterio necesitaron solo 35 días (media) frente a los 63 y 116 de los otros dos grupos. El porcentaje de recaídas fue también menor, 25% frente a un 37% en el grupo de MOWBER (diferencia - no significativa estadísticamente) y un 60% en el E.C.S. sin alarma.

Otro aspecto que conviene mencionar es el alto porcentaje de abandonos en el grupo que recibió el E.C.S. sin la alarma, 12 (60%) de los 20 sujetos dejaron el tratamiento aproximadamente - después de 8 semanas de entrenamiento. En los otros dos procedimientos no se registró ningún abandono. Los autores atribuyeron este - hecho a la pobre motivación y al desánimo causado por los pobres efectos del entrenamiento, así como por las excesivas demandas y complicadas instrucciones que los padres deben cumplir para una adecuada utilización del método.

Respecto a la superioridad del E.C.S. original sobre - el método usual de la alarma, BOLLARD y NETTELBECK (1981, pag. 225) opinaban que :

" Probablemente las razones de la efectividad del E.C.S. están relacionadas con los aspectos adicionales del en - trenamiento tales como, la práctica positiva y el en - trenamiento en limpieza que siguen a los accidentes, y el despertar escalonado ".

En cuanto al escaso éxito logrado con el "nuevo método" de AZRIN y THIENES (1978), BOLLARD y NETTELBECK indicaron que al - retirar la alarma es difícil detectar con exactitud cuándo el niño moja la cama y consecuentemente las consecuencias que deben seguir a este hecho no pueden ser aplicadas contingentemente, como sería - de desear, sino con una demora considerable (por la mañana y a la - noche siguiente).

2.3.4.- Resumen y Evaluación

Los trabajos revisados a lo largo de estas páginas ponen de manifiesto que el Entrenamiento en Cama Seca diseñado por AZRIN, SNEED y FOXX (1974) es un procedimiento grandemente efectivo para controlar la enuresis nocturna. Dicho método ha resultado más eficaz que la técnica de MOWNER (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, 1974; BOLLARD y NETTELBECK (1981), y que el procedimiento de KIMMEL (DO - LEYS, CIMINERO, TOLLIMSON, WILLIAMS y WELLS, 1977; GRAÑA y CARRO - BLES, 1980).

Su mayor inconveniente parecía ser la necesidad de que un terapeuta se desplazara a la casa del niño a fin de dirigir la primera noche de entrenamiento. Los estudios de BOLLARD y WOODROFFE 1977; AZRIN, HONTOS y BESALEL, 1979; y BOLLARD y NETTELBECK, 1981, comprobaron que tal dificultad podía ser superada entrenando adecuadamente a los padres para que realizaran por sí solos todo el procedimiento, sin que la eficacia del mismo resultara mermada.

Con todo, el aspecto más discutible del E.C.S. se centra en la diversidad de técnicas que integra, lo que impide conocer a cuál o cuáles de ellas se debe el éxito final del método.

Los resultados obtenidos cuando el aparato de alarma es eliminado parecen lo suficientemente concluyentes respecto a la importancia que este componente juega en el éxito del procedimiento (BOLLARD y WOODROFFE, 1977; NETTELBECK y LANGELODECKE, 1979; GRAÑA y CARROBLES, 1980; BOLLARD y NETTELBECK, 1981), hasta el punto de que ninguno de los sujetos así tratados consiguió alcanzar el criterio de 14 noches consecutivas secas, en un tiempo que oscilaba en

tre 7 y 20 semanas.

Sin embargo, los datos aportados por AZRIN y THIENES, 1978; AZRIN, HONTOS y BESAEL, 1979 y AZRIN, BESAEL y Cols, 1980, son claramente contradictorios, pues aunque reconocen que el E.C. S. modificado es menos eficaz que el E.C.S. original (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974), prácticamente todos los sujetos tratados por ellos consiguieron alcanzar el criterio en un tiempo medio algo más largo (entre 20 y 24 semanas).

Una posible explicación de tales discrepancias podría derivarse del hecho de que BOLLARD y WOODROFFE, 1977; NETTELBECK y LANGE LUDDECKE, 1979; GRAÑA y CARROBLES, 1981; y BOLLARD y NETTELBECK, 1981, utilizaron el procedimiento original de AZRIN, SNEED y FOXX (1974), realizando sólo las modificaciones de ajuste necesarias para eliminar el aparato de alarma. Por su parte, AZRIN y su grupo (1978, 1979, 1980) introdujeron otras modificaciones, además de la retirada de la alarma (ver la TABLA Nº 7). Dichas modificaciones consistieron en realizar el entrenamiento intensivo por la tarde en vez de por la noche; introducir ejercicios para el control voluntario de la orina y entrenar al niño en la respuesta correcta a través del role-playing. Desgraciadamente, a excepción del trabajo de CACERES, 1980, no existen réplicas que apoyen o rechacen sus resultados, aunque en el estudio de CACERES tan sólo el 28% de los niños consiguieron el criterio inicial de éxito frente al 92% conseguido por AZRIN y THIENES (1978).

En nuestra opinión y de acuerdo con NETTELBECK y LANGE LUDDECKE (1979), BOLLARD y NETTELBECK (1981), el uso de la alarma parece un componente esencial del entrenamiento en cama seca, por cuanto que permite aplicar contingentemente las consecuencias que -

exige el procedimiento cuando el niño moja la cama, aspecto éste - casi imposible de llevar a cabo cuando no existe ninguna señal que indique el momento en que ocurre la micción. Además como muy bien han señalado estos autores, resulta difícil mantener la colaboración de los padres durante mucho tiempo cuando el procedimiento empleado es complejo y sus efectos sobre la enuresis lentos y escasos.

Por otro lado, AZRIN, SNEED y FOXX (1974) comentaban - que el E.C.S. era una especie de alternativa al método de MOWPER, - que si bien resultaba eficaz en el 80 % ó 90 % de los casos, la duración del tratamiento requería varias semanas o meses y el porcentaje de recaídas era muy elevado (aproximadamente un 25 %). Años - más tarde, AZRIN y THIENES (1978) señalaban que las recaídas ocurridas con la técnica de MOWPER, no eran un problema relevante puesto que eran controladas con la reinstalación del procedimiento. El problema más grande consistía en el alto número de sujetos que abandonaban el tratamiento (alrededor de un 30 %).

De tales comentarios parece desprenderse que el E.C.S. deberá cumplir los siguientes objetivos : incrementar el porcentaje de sujetos exitosamente tratados, en un tiempo menor al invertido por el método tradicional de alarma (1); disminuir el índice de recaídas (2) y el número de sujetos que abandonaban el tratamiento , (3).

Respecto al primer punto (porcentaje de éxito y tiempo invertido), el procedimiento original de AZRIN y Cols. (1974) parece haberlo logrado. Todos los trabajos revisados que utilizaron este procedimiento coinciden en señalar que el 100 % de los sujetos alcanzaron el criterio de 14 noches secas. El estudio de DOLEYS, - CIMINERO, TOLLISON , WILLIAMS y WELLS (1977) constituye una excep -

ción; en este caso, sólo el 61 % de los sujetos consiguieron las 14 noches consecutivas secas. El tiempo requerido en su consecución - oscila entre 4 semanas (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974) y 8 semanas (NETTELBECK y LANGELUDECKE, 1979). La duración del tratamiento con la técnica de MOWPER ha sido establecida (DOLEYS, 1977) entre 5 y 12 semanas.

Respecto al índice de recaídas, los resultados no son tan halagadores; aproximadamente el 27% de los niños que consiguen el criterio recaen entre los 6 y 24 meses posteriores. Finalmente, a excepción del estudio de DOLEYS y Cols. (1977) donde se comunicaba un 15 % de abandonos, los otros autores no hacen referencia expresa a este hecho cuando utilizan el E.C.S. en su versión original, lo que parece indicar que los abandonos no constituyen un problema en el procedimiento de AZRIN.

Sin embargo, el nuevo procedimiento ideado por AZRIN y THIENES (1978) a partir del E.C.S. original, presenta un panorama bastante diferente (AZRIN y Cols., 1979; BESALEL y Cols., 1980). Aproximadamente el 95 % de los sujetos consiguen alcanzar el criterio, pero pocos consiguen la continencia total (ver TABLA Nº 6). La duración del tratamiento es bastante más larga (entre 20 y 24 semanas) que la establecida para el método de MOWPER (de 5 a 12 semanas, DOLEYS, 1977). El índice de recaídas oscila entre el 7 % publicado por AZRIN y Cols. (1979) y el 36 % en el trabajo de BESALEL y Cols. (1980). Ambos utilizaron un criterio de recaída excesivamente amplia (3 noches consecutivas mojadas).

Todo parece indicar que, independientemente del método utilizado, el E.C.S. original o el "nuevo método" de AZRIN y THIENES (1978), el Entrenamiento en Cama Seca resulta un procedimiento poco

o nada eficaz cuando se elimina el componente de la alarma. Lo anterior sirve tanto para el porcentaje de sujetos que consiguen el éxito como para la duración del tratamiento y el índice de recaídas — una vez conseguido el criterio. Respecto al número de sujetos que abandona el procedimiento, AZRIN y THIENES (1978) indicaron un 8 % durante las 20 semanas de entrenamiento, mientras BOLLARD y NETTELBECK (1981) señalaron que un 60 % de sujetos abandonaron el E.C.S. (sin alarma) a las 8 semanas de tratamiento.

En cuanto a los demás componentes que integran el E.C.S. (Despertar Escalonado, Entrenamiento en Retención, Práctica Positiva y Sobrecorrección) no se han realizado aún estudios experimentales encaminados a establecer su aportación específica. Precisamente, averiguar tal aportación constituye el objetivo fundamental de nuestro trabajo.

Existe cierta evidencia experimental que apoya el uso del Despertar Escalonado como un método válido para corregir la enuresis nocturna. CREER y DAVIS (1975) trataron a 9 niños internados en una residencia para asmáticos crónicos con este procedimiento. — En las dos primeras semanas, los niños eran despertados tres veces durante la noche, siguiendo una escala de intervalo variable. El — despertar disminuía gradualmente a dos veces en las dos semanas siguientes y a una vez durante las dos últimas semanas de tratamiento. Al final de las 6 semanas de tratamiento, la enuresis se había redycido respecto a la línea base aproximadamente en un 66 % ($P < 0,02$) Durante las cuatro semanas de seguimiento, un sujeto permanecía seco; 5 mojaban la cama 1 ó 2 veces por semana y los 4 restantes entre 2 y 4 veces por semana. Los niños manifestaron que este método resultaba muy molesto.

SINGH, PHILLIPS y FISHER (1976) utilizaron un procedimiento similar con una niña de 13 años de edad que padecía enuresis nocturna secundaria y que había sido tratada sin éxito con el método de KIMMEL. Al comienzo del tratamiento le ponían un despertador que sonaba 2 horas después de haberse acostado; la hora se fue reduciendo hasta 90, 60, 45 y 30 minutos después de acostarse, siempre y cuando hubiera transcurrido entre cada reducción un intervalo de 7 noches secas. Aunque el procedimiento resultó, a nuestro juicio, excesivamente largo (15 meses), los autores indicaron que el éxito conseguido no debía interpretarse en ningún caso como una remisión espontánea.

Por último, resulta difícil de evaluar, con la evidencia experimental disponible, la aportación que el Entrenamiento en Retención (KIMMEL y KIMMEL, 1970) podría tener en la eficacia del E.C.S.. Este método parece producir pobres o malos efectos sobre la enuresis nocturna. Los trabajos de DOLEYS y Cols., 1977; HARRIS y PUROHIT, 1977; FIELDING, 1980 a; y GRAÑA y CARROBLES, 1980, indican que la frecuencia de micción nocturna permanecía prácticamente inalterada después de varias semanas de tratamiento. Los resultados experimentales, comentados ampliamente en otro lugar (ver páginas 81-93), señalan que el Entrenamiento En Retención es consistentemente menos eficaz que la técnica de MOWRER (FIELDING 1980, a; GRAÑA y CARROBLES, 1980) y que el E.C.S. en su versión original (DOLEYS, CIMINERO, TOLLINSON, WILLIAMS y WELLS, 1977). Consecuentemente, no parece aventurado suponer que la supresión de esta parte del procedimiento no afectaría sustancialmente al éxito final del mismo.

En resumen, podría pensarse que la mayor efectividad del Entrenamiento en Cama Seca (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974) sobre los otros procedimientos empleados (métodos de KIMMEL y MOWRER) pa-

ra corregir la enuresis nocturna, viene determinada por el uso de -
la alarma, las consecuencias aversivas que siguen al hecho de mojar
la cama y el despertar escalonado. En tanto que el refuerzo positi
vo empleado cuando la cama está seca, ayudaría a mantener la motivaci
ón del niño durante todo el proceso.

3.- PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO
=====

3.- PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

Desde 1.938 en que MOWPER y MOWPER desarrollaron, a partir de los principios del Condicionamiento Clásico, el procedimiento de la Alarma hasta el momento actual, la terapia de conducta ha investigado otros métodos para corregir la enuresis y ha perfeccionado además la técnica de MOWPER.

En la actualidad, el método de MOWPER, el Entrenamiento en Retención (KIMMEL y KIMMEL, 1970) y el Entrenamiento en Cama Seca - (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974) constituyen las técnicas más utilizadas en el tratamiento de la enuresis desde una orientación conductista. En todos los casos, y al margen de las diferentes formulaciones teóricas, revisadas en este estudio, se alude a la importancia del aprendizaje en la adquisición de la continencia nocturna y, consecuentemente, la enuresis es interpretada como un déficit de conducta, en tanto que supone una falta de habilidad para controlar la micción de una forma socialmente aceptable (ROSS, 1981).

Aunque los tres procedimientos mencionados han demostrado ser eficaces, en mayor o menor grado, para corregir la enuresis nocturna, el método de MOWPER ha sido el más investigado, su efectividad está bien establecida experimentalmente y es, probablemente, el más perfeccionado de los tres. Comparados con la técnica de MOWPER (1938), tanto el método de KIMMEL (1970) como el de AZRIN y Cols (1974), pueden considerarse de reciente creación, y en consecuencia la evidencia experimental es considerablemente menor.

Mientras los estudios realizados con el Entrenamiento - en Retención (KIMMEL y KIMMEL, 1970) han puesto de manifiesto que este procedimiento produce escasos efectos sobre la enuresis nocturna, los resultados experimentales obtenidos con el Entrenamiento en Cama Seca (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974) ofrecen un panorama bastante diferente, — por cuanto parecen indicar que este procedimiento puede ser más efectivo para controlar la enuresis nocturna que el método tradicional de la Alarma (MOWRER y MOWRER, 1938).

El Entrenamiento en Cama Seca está formado por una gran variedad de técnicas que combinadas entre sí constituyen el conjunto — final, tales como, la utilización del aparato de alarma, Entrenamiento en Retención, Despertar Escalonado, Práctica Positiva, Entrenamiento — en Limpieza (sobrecorrección) y refuerzo social positivo o negativo aplicado contingentemente a la respuesta correcta (tener la cama seca) o incorrecta (enuresis), respectivamente.

Uno de los problemas del método de AZRIN y Cols. consiste precisamente en la dificultad de averiguar la aportación específica de cada uno de sus componentes, cuáles son esenciales y cuáles pueden ser eliminados sin que su eficacia se vea disminuida.

Los escasos trabajos realizados sobre el E.C.S. han confirmado la superioridad de este tratamiento sobre el de MOWRER (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974; BOLLARD y WOODROFFE, 1977; BOLLARD y NETTELBECK, 1981). Sin embargo, se ha observado que cuando se elimina el aparato de alarma del procedimiento, su eficacia disminuye considerablemente — (BOLLARD y WOODROFFE, 1977; NETTELBECK y LANGELUDECKE, 1979; GRAÑA y CARROBLES, 1980; BOLLARD y NETTELBECK, 1981), lo que hace suponer — que la alarma es un componente esencial del tratamiento.

El presente estudio pretende averiguar la eficacia parcial de algunos de los componentes que integran el Entrenamiento en Cama Seca, concretamente, de la Práctica Positiva, el Despertar Escalonado, el Entrenamiento en Retención y el Aparato de Alarma.

Nuestro propósito final consiste en examinar la posibilidad de simplificar el procedimiento, omitiendo aquellos componentes que produzcan un efecto menor sobre la enuresis. Para ello, hemos comparado cuatro grupos de sujetos, cada uno de los cuales recibía una forma de tratamiento en la que se buscaba potenciar el efecto de cada uno de los componentes investigados.

Desde un punto de vista práctico el método de AZRIN y — Cols. (1974) plantea ciertas dificultades en su aplicación, básicamente derivadas del coste de tiempo y esfuerzo que exige por parte de los padres el seguimiento de las instrucciones. Tal sacrificio no parece influir negativamente cuando la eliminación de la enuresis se produce en poco tiempo, como parece ocurrir cuando se emplea el E.C.S. con el aparato de Alarma. Sin embargo, cuando la alarma es eliminada, los padres suelen abandonar el tratamiento porque los efectos del mismo no son suficientemente satisfactorios como para compensar el esfuerzo realizado (BOLLARD y NETTELBECK, 1981).

En nuestra opinión, el problema anterior podría solucionarse si se consigue descubrir cuáles son los componentes necesarios y suficientes para producir el éxito final, eliminando aquellos cuya inclusión no aporte un incremento sustancial de éxito.

AZRIN y THIENES (1978) intentaron una simplificación del

modelo original, a fin de reducir las molestias que el tratamiento anterior (AZRIN y Cols., 1974) producía a los padres. Como indicábamos en el apartado 2.3.3. de este trabajo, los autores eliminaron la primera noche de entrenamiento (en que los padres debían despertar al niño cada hora), el aparato de alarma, e introdujeron durante una tarde Entrenamiento en Retención. Los resultados obtenidos con estos cambios pusieron de manifiesto la superioridad del método primitivo, en cuanto a la duración del tratamiento, el porcentaje de sujetos que alcanzaban el éxito y el número de recaídas, y sin embargo, desde nuestro punto de vista, las instrucciones que los padres debían realizar continuaban siendo molestas además de complicadas.

En nuestro caso, hemos utilizado la versión inicial del E.C.S. incluyendo los aspectos nuevos que incorporaba el método de AZRIN para paliar la ausencia del aparato de alarma, a saber, el Entrenamiento en Retención (durante una tarde) y el Role-Playing de la conducta correcta (Práctica Positiva). Aunque lo anterior supone que hemos incrementado las demandas experimentales, tal decisión se justifica por las características de nuestro diseño y porque queríamos contrastar nuestros resultados (incorporando estos elementos) con los de BOLLARD y WOODROFFE, 1977; NETTELBECK y LANGELODECKE, 1979; GRAÑA y CARROBLES, 1980 y BOLLARD y NETTELBECK, 1981. Todos estos autores informaron de la escasa efectividad del E.C.S. utilizado sin alarma, pero ellos no incorporaron las modificaciones efectuadas por AZRIN y THIENES (1978) cuando eliminaron este componente.

Páginas atrás, sugeríamos que esta podría ser una de las razones por las que los anteriores estudios diferían de los de AZRIN y THIENES (1978), AZRIN y Cols. (1979) y BESALEL y Cols. (1980), quienes informaron de buenos resultados al utilizar el E.C.S. sin aparato de alarma.

Por último, con el propósito de cubrir el objetivo fundamental de nuestro estudio, hemos analizado el efecto de los componentes seleccionados, desde dos puntos de vista. Por un lado, queríamos saber el efecto que dichos componentes tenían sobre tres variables: frecuencia de enuresis, despertar durante la noche para ir a orinar y capacidad de vejiga, consideradas como Variables Dependientes principales (ver apartado 4.3.). Por otro, pretendíamos averiguar la eficacia de las cuatro formas de tratamiento (E.C.S. completo; sin alarma; sin Práctica Positiva ni Alarma; y sin Despertar Escalonado, Práctica Positiva, ni Alarma) respecto al número de sujetos que obtenían el criterio inicial de éxito, la rapidez con que lo conseguían y el número de veces que ocurría la conducta problema (enuresis) durante la fase de tratamiento.

Estos análisis nos daban la oportunidad de obtener doble información, en el sentido de que podía suceder que un componente determinado, por ejemplo, el Entrenamiento en Retención, produjera una reducción de la enuresis a lo largo del tratamiento, pero que ningún sujeto consiguiera el criterio estipulado, lo que indicaría la debilidad de este método frente a otros en cuanto a la eficacia entendida como número de casos que se curan y la rapidez con que ello sucede.

Como objetivo adicional, deseábamos conocer el grado de molestia que ocasionaba a padres y niños el proceso experimental, para lo cual, hemos utilizado una escala subjetiva que nos sirviera como indicador de cómo se percibían cada una de las demandas experimentales, tanto a nivel de registros como de las técnicas terapéuticas que integran las cuatro formas de tratamiento.

4.- METODOLOGIA

4.- M E T O D O L O G I A

4.1.- S U J E T O S

4.1.1.- Selección de la Muestra

4.1.2.- Características y Descripción de la Muestra.

4.2.- M A T E R I A L U T I L I Z A D O

4.2.1.- Aparatos

4.2.2.- Cuestionarios

4.3.- D I S E Ñ O E X P E R I M E N T A L

4.4.- P R O C E D I M I E N T O

4.4.1.- Medidas Pretratamiento (Línea Base)

4.4.2.- Tratamiento.

4.4.2.1.- Entrenamiento en Cama Seca Completo (E.C.S. 1)

4.4.2.2.- Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma (E.C.S. 2)

4.4.2.3.- Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma ni Práctica Positiva (E.C.S. 3).

4.4.2.4.- Entrenamiento En Cama Seca sin Alarma, Práctica Positiva, ni Despertar Escalonado. (E.C.S. 4)

4.4.3.- Medidas Postratamiento.

4.1.- S U J E T O S

El reunir la presente muestra ha sido, sin lugar a dudas, la tarea más ingrata de nuestro trabajo. Hemos tenido que vencer dificultades, celos y demás vicisitudes hasta llegar al momento final.

Los sujetos que han participado en nuestro estudio son totalmente voluntarios, lo que implica que conocían, desde el primer momento, que iban a participar en una investigación. No está de más agradecer desde aquí el cuidado y esmero que los padres han puesto en el registro de datos y en el seguimiento de instrucciones.

4.1.1.- Selección de la Muestra

La primera selección se llevó a cabo repartiendo unas -
circulares en diferentes Colegios estatales y privados que, por su ubicación, suponíamos representativos de una clase social media. Las circulares iban dirigidas a los padres y debían repartirse a los niños de 1º, 2º y 3º de E.G.B. Se distribuyeron un total aproximado de 2.000 en 10 Colegios de Madrid. Su contenido era exactamente el siguiente:

" Estimados padres:

El problema de hacerse pis en la cama (enuresis) suele ser bastante frecuente en los niños, y si bien es verdad que hasta los cinco años no resulta alarmante, hacia los 6 ó 7 - años de edad, el niño comienza a preocuparse, se ve obligado a dejar de hacer ciertas cosas y comienza a sentir vergüenza — por hacerse pis.

Ultimamente, las investigaciones psicológicas han encontrado varios procedimientos, no farmacológicos, tales como Entrenamiento en Retención, Práctica Positiva, Pipí-Stop, etc., que han mostrado ser eficaces en el 80 % de los casos. Sin embargo, se ha observado que las niñas consiguen el éxito más deprisa que los varones. Estamos realizando una investigación para averiguar si, ciertamente, el sexo es un factor — importante en la enuresis.

Si alguno de sus hijos todavía no ha conseguido controlar la orina de noche, desde que nació, a cambio de su participación en la investigación, nosotros podemos ayudarle a solucionar el problema, sin medicamentos, poniendo a su disposición dichos procedimientos, así como nuestra asistencia.

Pensamos realizar el estudio con niños y niñas de edades comprendidas entre 6 y 9 años, que se hagan pis de noche pero no de día y que no padezcan otras enfermedades importantes.

Si su hijo o hija (entre estas edades) tiene enuresis nocturna y Vds. quieren ayudarle a corregirla, pónganse en — contacto con nosotros, llamando al teléfono 402.20.20., los — martes y jueves de 9 a 10 de la mañana. "

Atentamente,

M^a Carmen Bragado
Profesora de la Facultad de
Psicología (Universidad Complutense de Madrid).

En la circular indicábamos que el propósito de nuestro estudio era averiguar el efecto de la variable sexo en el éxito de cada procedimiento, de modo que los padres no conocían con exactitud nuestros objetivos, y cada uno de ellos fue informado, en su momento, de que el tratamiento que recibían era el más indicado para sus hijos.

Un total de 67 padres se pusieron en contacto telefónico con nosotros. Se concertó una primera entrevista a fin de asegurar que sus hijos reunían los requisitos exigidos para participar en la investigación, a saber:

- a) Tener entre 6 y 9 años de edad.
- b) No haber adquirido el control voluntario de la orina, durante la noche, desde el nacimiento. Es decir, que tuvieran enuresis nocturna primaria. Se definió operativamente como tal, - cuando el niño no hubiera permanecido establemente seco durante un periodo de 6 meses consecutivos, como mínimo (DOLEYS, 1977; FIELDING, 1980 a).
- c) Mojar la cama por lo menos tres veces en semana y no tener enuresis diurna ni encopresis.
- d) No padecer trastornos orgánicos o neurológicos, tales como alteraciones del aparato urinario, infección de orina o lesiones cerebrales de patología manifiesta. Si los niños habían visitado con anterioridad a un médico, se pedía a los padres que hicieran una visita al pediatra o médico de cabecera y que realizaran un análisis y cultivo de orina para descartar cualquier tipo de infección que pudiera estar relacionada con una poliuria nocturna.

- e) Capacidad intelectual normal. No se utilizaron pruebas específicas de inteligencia, sin embargo, las preguntas recogidas en nuestro cuestionario (que describiremos más adelante) sobre el rendimiento escolar, nos permitían obtener unos criterios - externos acerca de la capacidad intelectual del niño.
- f) Que no hubieran sido tratados de su enuresis, con los métodos - empleados por nosotros, al menos en los 6 meses anteriores al comienzo de la investigación.
- g) Que no estuvieran tomando una medicación, bien para corregir - la enuresis, bien por otras razones, que pudiera afectar a nuestros resultados. En concreto, nos interesaba controlar la in-gestión de ciertos fármacos, tales como antidepresivos, sedantes o activadores del sistema nervioso central.

Los padres fueron entrevistados por tres Terapeutas de Conducta que realizaron la selección de los casos que reunían las características mencionadas. En el curso de la entrevista, se les proporcionaba una breve explicación sobre las bases teóricas que apoyaban nuestros procedimientos. El experimentador comentaba, con sus propias palabras la siguiente información:

" Nosotros pensamos que el problema de hacerse pis en la cama puede resolverse con métodos psicológicos. La mayoría de los niños enuréticos no padecen problemas físicos que expliquen por qué se hacen pis. Por esto, - creemos que, en principio, no es necesaria la medica - ción sino el conocimiento de ciertas técnicas de entrenamiento que enseñan al niño a controlar voluntariamente la orina. Existen varios procedimientos, cada uno de los cuales hace hincapié en un aspecto diferente. - El "Entrenamiento en Retención" pretende incrementar la

"capacidad de vejiga del niño, con el fin de que soporte ma yores cantidades de orina y no sienta la necesidad imperiosa de hacer pis. "El Pipí-Stop" es un procedimiento idea-do para que el niño aprenda a despertarse cuando su vejiga no tolera más presión, evitando que el niño se orine en la cama de forma involuntaria. "La Práctica Positiva" inten-ta enseñar al niño dónde y cuándo debe orinar, etc.

Estas técnicas las usamos solas o combinadas, según las características particulares de cada niño, con el fin de utilizar el procedimiento más adecuado en cada caso. "

De los 67 sujetos entrevistados, se seleccionaron un to tal de 52 niños, cuyos padres fueron citados para una nueva entrevista en la que se daban las instrucciones pertinentes para la línea base. El tiempo transcurrido entre la primera y la segunda entrevista no ex-cedió, en ningún caso, a 3 semanas, a partir de la fecha de la primera, a pesar de lo cual, 8 padres (15,3 %) no acudieron a la cita.

Los 44 sujetos restantes, recibieron las hojas de regis-tro para efectuar las medidas de las tres variables dependientes, des-pertar, frecuencia de micción nocturna y capacidad de vejiga, antes de iniciar el tratamiento. Asimismo, se les entregaron tres cuestionarios (ver apartados de Material utilizado y Procedimiento): Un cue-stionario biográfico en el que se pedía una información detallada sobre los siguientes aspectos: Datos Personales, Entorno Familiar, Factores Si-tuacionales, Patrones de Conducta relacionados con la enuresis, Ante-cedentes Familiares y Factores Evolutivos; un cue-stionario sobre las Actitudes de los padres ante la enuresis (tolerancia-intolerancia); y un cue-stionario sobre Problemas de Conducta, indicando a los padres — que no se trataba de "encontrar problemas" sino de averiguar con que — frecuencia ocurrían en sus hijos ciertas conductas. Con estos datos — pretendíamos obtener una descripción lo más amplia posible sobre las — características de nuestros sujetos.

Durante la fase de pretratamiento (Línea Base), 3 niños (6,8 %) dejaron de orinarse en la cama, permaneciendo prácticamente secos, a excepción de alguna noche mojada esporádicamente. Los padres indicaron que la remisión de la enuresis parecía determinada por la —eliminación de las gasas, las explicaciones del terapeuta y por la atención que se le había prestado, ya que los niños hacían comentarios a —cerca de que "ya eran mayores y por eso no se orinaban".

En el mismo periodo de la Línea Base, 7 padres (15,9 %) abandonaron la investigación, y 2 (4,5 %), una vez iniciado el trata —miento (2ª y 3ª semana, respectivamente). En ambos casos, los padres manifestaron a la terapeuta que las demandas experimentales eran exce —sivas y que preferían dejarlo porque debían dedicar demasiado tiempo.

En definitiva, la muestra final quedó constituida por —32 niños enuréticos, 24 varones y 8 mujeres, con edades comprendidas —entre 6,05 y 9 años (media 7,7) que fueron distribuidos en las cuatro condiciones experimentales. En la investigación participaron además 8 niños no enuréticos (grupo de control) de las mismas características —que los anteriores y que habían obtenido el control nocturno de orina no más tarde de los 3,5 años.

Este grupo control se introdujo para poder comparar, a nivel descriptivo, la capacidad de vejiga (cantidad de orina, frecuencia de micción diurna). Los padres registraron estas medidas antes y después del periodo experimental. Asimismo, respondieron una serie de preguntas sobre los estudios realizados, profesión, ingresos económi —cos, datos personales del niño y si habían sido enuréticos en su niñez. Por último rellenaron también el Cuestionario de Problemas de Conduc —ta.

4.1.2.- Características y Descripción de la Muestra

Posiblemente, como resultado de la selección efectuada, los sujetos, tanto enuréticos como normales, que han participado en este estudio, constituyen una muestra bastante homogénea, respecto a la edad, sexo, nivel de estudios y clase social. En la TABLA Nº 8 se recogen las características generales de ambos grupos.

TABLA Nº 8 .- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

	ENURETICOS		NO ENURETICOS	
	N %	EDAD \bar{X} (DT)	N %	EDAD \bar{X} (DT)
VARONES	24 = 75 %	7,6 (0,8)	6 = 75 %	7,41 (1,04)
MUJERES	8 = 25 %	7,64 (0,85)	2 = 25 %	7,8 (1,2)
TOTAL	32	7,71 (0,78)	8	7,27 (1,06)

	NIVEL DE ESTUDIOS %	
	ENURETICOS	NO ENURETICOS
1º E.G.B.	46,8	25,5
2º E.G.B.	31,2	12,5
3º E.G.B.	15,6	62,5
4º E.G.B.	4,6	—

El nivel socioeconómico de los padres es representativo, a nuestro juicio, de la clase media, como se deduce de su nivel cultural, nivel de vida y de las características de su vivienda (ver TABLA Nº 9). El 84,3 % de la muestra total (N = 40) respondieron que vivían desahogadamente con sus ingresos económicos; el 14 % con ciertas dificultades y un 1,5 % muy cómodamente.

Como ya hemos indicado, la muestra de enuréticos estaba formada por 32 niños que padecían enuresis nocturna primaria, no tomaban ninguna medicación en el momento de iniciar el estudio y no se encontraron pruebas evidentes de ningún tipo de infección o alteración del tracto urinario.

Los datos obtenidos a través del CUESTIONARIO BIOGRÁFICO, cumplimentado por sus padres, revelaron que los sujetos tenían características muy similares entre sí en todos los factores analizados: Entorno Familiar, Factores Situacionales, Tratamientos Anteriores, etc.

La mayoría de los niños vivían en un ambiente familiar de concordia (TABLA Nº 10), las relaciones afectivas entre sus padres eran buenas o muy buenas (84,3 %) al igual que entre éstos y los niños. Sólomente un 9,3 % de los padres y el 3,2 % de las madres contestaron que la relación afectiva con sus hijos podría ser calificada de regular. Estaban bastante de acuerdo en la forma de educar a sus hijos (81,2 %) y no había diferencia entre ellos respecto a la manera de tratarlos (93,7 %).

Aproximadamente la mitad de los niños (59,3 %) compartían su cuarto con otro hermano y el resto disponían de una habitación para ellos solos (TABLA Nº 11). En el 90,6 % de los casos, el cuar-

TABLA Nº 9 .- CARACTERISTICAS ECONOMICAS Y SOCIOCULTURES DE LA MUESTRA

(Extraídas del nivel de estudios, profesión, nivel de vida y vivienda de los padres).

E = Enuréticos ; NE = No Enuréticos.

I.- ESTUDIOS REALIZADOS (%)

	Carrera Universitaria	Bachiller Superior o carreras de grado medio	Bachiller Elemental + ampliación estudios	Estudios Primarios
Madres E.	9,3	37,5	31,2	21,8
NE.	25,0	37,5	37,5	—
Padres E.	43,7	34,37	21,8	—
NE.	62,5	37,5	—	—

II.- PROFESION (%)

	Amas de casa	Secretarias y trabajos administrativos (Contabilidad)	Enseñanza	Otros: funcionarios, abogados, enfermeras, etc.
Madres E.	62,5	28,1	—	9,3
N.E.	25,0	25,0	25,0	25,0
Padres E.	—	59,37	9,3	31,25
N.E.	—	25,0	—	75,0

TABLA Nº 9 .- (Continuación)

III.- NIVEL DE VIDA (%)

	Con ciertas dificultades.	Desahogadamente	Muy cómodamente
E.	15,6	81,2	3,1
N.E.	12,5	87,5	—

IV.- VIVIENDA (%)

	Propia en su totalidad	Propia sin terminar de pagar.	Alquilada
E.	50,0	34,0	15,6
N.E.	50,0	37,5	12,5

V.- CARACTERISTICAS VIVIENDA (%)

	Muy Confortable	Bastante Confortable	Salón y 3 habitaciones	Salón y 4 ó + habitaciones.
E.	12,5	87,5	62,5	37,5
N.E.	—	100,0	62,5	37,5

VI.- INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES (%)

	80.000-100.000	100.000-150.000	150.000-200.000
E.	43,7	40,6	15,6
N.E.	12,5	50,0	37,5

to de baño estaba cerca de la habitación, pero el 56,2 % no podían encender la luz desde su cama, teniendo que levantarse a oscuras para encenderla. La totalidad de las madres protegían el colchón con plásticos y un 62,5 % ponían a sus hijos gasas o pañales para dormir.

Antes de iniciar los registros que servirían para establecer la Línea Base, se indicó a los padres la necesidad de realizar algunos cambios ambientales. Concretamente, colocar una luz próxima a la cama del niño, a fin de controlar posibles miedos a levantarse a oscuras, y suprimir las gasas y pañales, de modo que el niño pudiera percibir con mayor facilidad cuando estaba seco o mojado.

Según la estimación de los padres, el 81,25 % de los niños se orinaban en la cama 7 noches por semana; 3 sujetos (9,3 %), 4, 5 y 6 noches, respectivamente, y otros 3, tres veces por semana. El 74,9 % lo hacían una o dos veces por noche y el 24,9 %, tres o cuatro veces.

La frecuencia de enuresis no parecía estar afectada por ciertos cambios en la situación, tales como, dormir fuera de casa, vacaciones escolares o exámenes, en el 84,4 % de la muestra. En el resto (15,6 %) se había observado una disminución cuando el niño dormía fuera (6,25 %) o en vacaciones de verano (6,25 %), y sólo en un 3,1 % la enuresis tendía a aumentar coincidiendo con épocas de exámenes.

El comportamiento de los padres cuando sus hijos se orinaban tampoco parecía alterar la frecuencia de micción nocturna en el 90,7 % de los casos. En dos casos (6,2 %) se observó una ligera disminución cuando la madre ordenaba al niño quitar las sábanas sucias de -

la cama y en un caso (3,1 %) cuando reñían al niño por su conducta (ver TABLA Nº 12). En general, las madres de nuestro estudio eran bastante tolerantes respecto a la enuresis.

Los datos obtenidos en el CUESTIONARIO DE ACTITUDES, - formado por 20 ítems que puntuaban en tolerancia - intolerancia, indicaron una puntuación media (en intolerancia) de 6,68 y una D.T. de 1,59. Estos resultados pueden venir determinados por el nivel socio-económico de nuestra muestra (Ver TABLA Nº 9). MORGAN y YOUNG (1975) señalaron que las madres de un nivel socio-económico bajo eran más intolerantes y percibían la enuresis como algo muy molesto, que las de un nivel más elevado. Podría pensarse que una actitud más tolerante ante la enuresis ocurra en aquellos padres que han sido también enuréticos, pero en nuestro caso, sólo el 25 % de los padres y el 21,8 % de las madres habían padecido enuresis en su niñez, y en un 15,6 % de los casos, ambos (padre y madre) habían sido enuréticos, (ver TABLA Nº 13). Sin embargo, en dos casos (25 %) del grupo de no enuréticos también existían antecedentes familiares de enuresis.

El 71,8 % de los padres utilizaban el refuerzo social (alabanzas) cuando sus hijos no mojaban la cama; el 21,8 % mostraban indiferencia y el 6,2 % utilizaban premios materiales (tebeos, cromos, etc.). Aunque el 100 % informó que estas acciones no producían ningún efecto sobre la enuresis (TABLA Nº 12).

Prácticamente todos los padres (93,8 %) habían consultado con el pediatra y el médico de cabecera, el cual recetó medicación en el 37,45% de los casos. Los fármacos prescritos fueron: Páidenur (Atropina + G.A.B.A.), Anafranil y Tofranil (Imipramina) y Tryptizol (Amitriptilina). A excepción de un caso que mejoró bastante, aunque sólo mientras el niño tomó la medicación, en el resto (96,8%) no se

observó ninguna mejoría. El 9,2 % indicaron la presencia de ciertos efectos secundarios, mareos, sueño y mal aspecto físico. Aparte del médico de cabecera, algunos padres habían consultado también con otros especialistas, psicólogos (31,2 %), urólogo (12,5 %) y psiquiatra (el 6,2 %) (Ver TABLA Nº 14).

Los padres suelen recurrir, por propia iniciativa, a dos métodos para controlar la enuresis, despertar al niño durante la noche para que orine (71,8 %) y restringir la ingestión de líquidos a partir de cierta hora de la tarde (65,6 %). Solamente el 8,6 % y el 9,4 %, respectivamente, indicaron que habían observado alguna mejoría con estos procedimientos, mientras el 90,8 % no apreciaban ningún cambio (TABLA Nº 15).

Según su opinión, el 100 % de los niños deseaban dejar de hacerse pis, sin embargo, aproximadamente la mitad, 56,2 %, no había manifestado verbalmente, durante el último mes, su deseo expreso de solucionar el problema. Los niños mostraban una actitud indiferente en el 46 % de los casos, de tristeza en el 25 %, de vergüenza en el 9,3 % y ponían excusas (que soñaban, que no se daban cuenta) en el 6,2 % (TABLA Nº 16).

La motivación de los sujetos fue también analizada durante una primera entrevista realizada con el niño sin la presencia de los padres, donde se le explicaba de una forma sencilla el proceso fisiológico de la micción. La terapeuta preguntaba "qué cosa o cosas de las que él tenía estaría dispuesto a dar a cambio de dejar de hacerse pis". La respuesta era evaluada posteriormente por los padres en función del valor que ellos pensaban que tenía para el niño, en una escala de 0 a 3 (nada, un poco, bastante y muchísimo). El 62,5 % de los sujetos ofrecieron cosas (generalmente juguetes, libros o dinero) valgo

radas como bastante o muy importantes para ellos, y el 37,5 % como poco o nada importantes.

Todos los niños expresaron que el hacerse pis en la cama les preocupaba y les molestaba. El 50 % indicó que ya eran mayores y les daba vergüenza hacerse pis. Los demás señalaron diferentes razones, tales como, molestias físicas (escozor, picores, frio) (25 %); no poder dormir fuera de casa (15 %) y "dar mas trabajo a sus madres " (9,3 %).

La mayoría de los sujetos (90,6 %) opinaban que los niños deberían dejar de hacerse pis en la cama a edades inferiores a las suyas, y el 9,3 % en edades superiores. El 59,3 % atribuían el problema a diferentes causas: "no darse cuenta" (el 59,3 %), "no despertarse" (el 25 %), "enfermedad" (18,7 %) y a "beber mucha agua" (el 6,2 %). Conviene llamar la atención sobre el hecho de que sólo un 18,7 % de los 32 niños relacionaban la enuresis con una posible enfermedad y el resto esbozaban opiniones que parecían estar relacionadas con ciertos déficits de aprendizaje (no darse cuenta, no despertarse).

Los datos extraídos del CUESTIONARIO DE CONDUCTA que analizaba siete áreas de conducta: Conductas agresivas y falta de socialización; Falta de atención y productividad; Conductas asociales; Hiperactividad y nerviosismo; Aislamiento y falta de interacción social; Problemas somáticos; y Miedos, indicaron que, prácticamente en la totalidad de los niños, no se apreciaban alteraciones graves de conducta y podían ser considerados como "normales" en todos los aspectos, sobre todo si se comparaba la frecuencia con que manifestaban determinados comportamientos con la que lo hacían los niños no enuréticos, como se desprende de los resultados recogidos en la TABLA Nº 17 . Es -

tos datos son concordantes con los encontrados por BAKER (1969), quien tampoco encontró diferencias significativas, respecto a la frecuencia con que ocurrían determinados problemas de conducta, entre niños enuréticos y no enuréticos que tenían una edad media (8 años) similar a la de nuestros sujetos. BERG, FIELDING y MEADOW (1977) han señalado que existen más problemas psicológicos en niños que padecen enuresis nocturna y diurna que en los que sólo se orinan durante la noche. Posiblemente, nuestros datos se ajustan a este patrón, ya que nuestros sujetos sólo padecen enuresis nocturna.

Por otro lado, si consideramos que la enuresis debe ser diagnosticada como tal a partir de los 5 años, la duración del problema en nuestra muestra no excede, en ningún caso, a los cuatro años, lo que explicaría que aún no hubieran aparecido ciertos problemas que podrían ser producidos por la duración de un hábito molesto para padres y niños (YATES, 1970; WALKER, 1978).

RUTTER, WILLIAMS y GRAHAM (1973) examinaron las relaciones existentes entre conducta desviada y enuresis, comparando niños enuréticos y no enuréticos. Utilizaron una escala de 26 items, con 2 alternativas de respuesta (SI o NO). Sus resultados indicaron que, entre 5 y 9 años, los varones enuréticos y no enuréticos no diferían entre sí, aunque estas diferencias aparecían en edades posteriores (9-10 y 14 años), mientras que en las niñas se observaban a los 7 años, entre 9 y 10 y a los 14 años.

Los autores indicaron que la relación entre enuresis y conducta desviada no está sólo en función de la duración del hábito sino que la interacción entre ambas parece más profunda. Aunque no afirmaron tajantemente que existieran relaciones causa efecto, si suge

rían que tales problemas podrían interferir los procesos de aprendizaje requeridos para alcanzar el control de la vejiga.

Sin embargo, se ha demostrado que el método de la alarma es igualmente efectivo con enuréticos que presentan alteraciones manifiestas de conducta (SACKS y DE LEON, 1978) lo que descartaría una - posible relación causal entre problemas emocionales y enuresis.

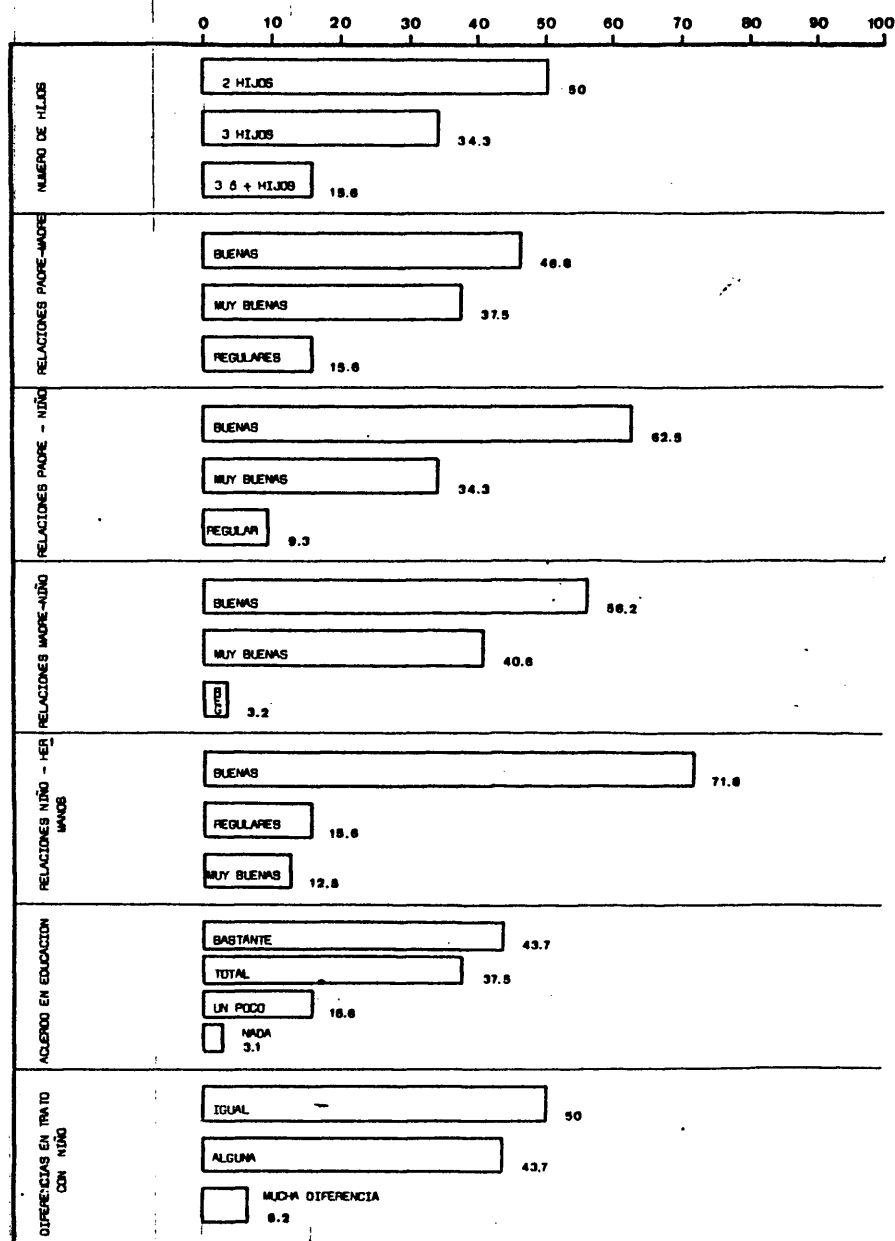
Asimismo, se ha indicado que los niños enuréticos tratados con éxito con diferentes métodos conductistas mejoran su comportamiento cuando dejan de orinarse (BAKER, 1969; SACKS, DE LEON y BLACKMAN, 1974; ANGULO, 1978).

Estos resultados parecen indicar claramente que no existe una relación causal entre problemas de conducta y enuresis, porque incluso en los casos de enuresis secundaria, donde se ha postulado más frecuentemente esta relación, responden igualmente bien al procedimiento de la alarma (SACKS y DE LEON, 1973).

TABLA Nº 10 - II ENTORNO FAMILIAR - (PORCENTAJES)

RELACIONES AFECTIVAS ENTRE LOS MIEMBROS QUE
COMPONEN LA FAMILIA Y EL NIÑO.-

166



III FACTORES SITUACIONALES

CARACTERISTICAS FISICAS Y METODOS DE PROTECCION (%)

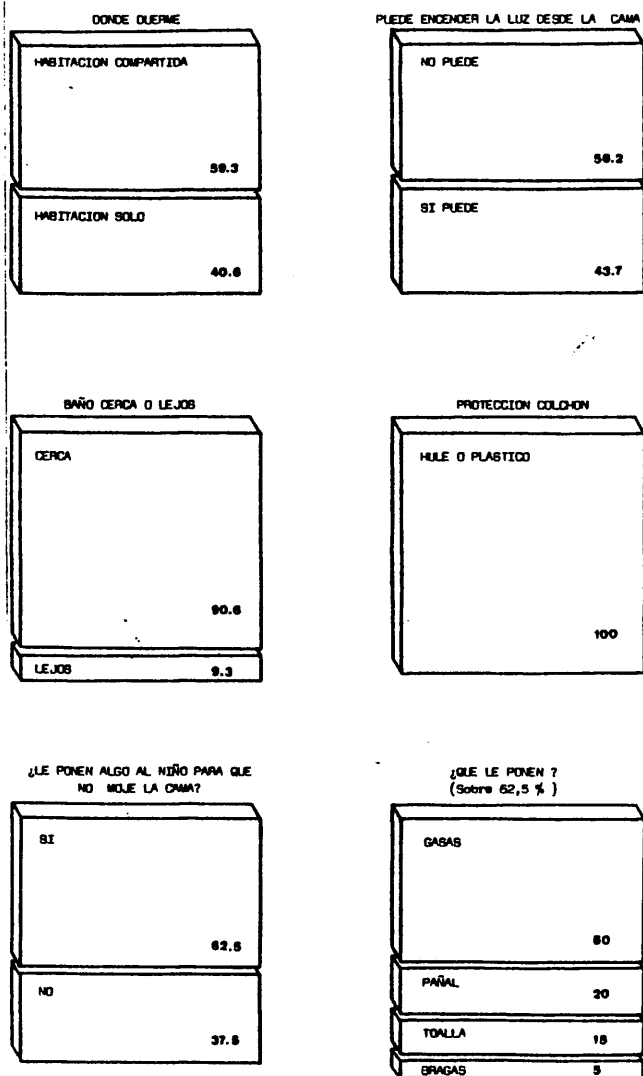


TABLA Nº 12 .-

**PATRONES DE CONDUCTA RELACIONADOS
CON LA INCONTINENCIA NOCTURNA**

168

IV(A) FRECUENCIA ESTIMADA Y FACTORES AMBIENTALES QUE
LA MODIFICAN (%)

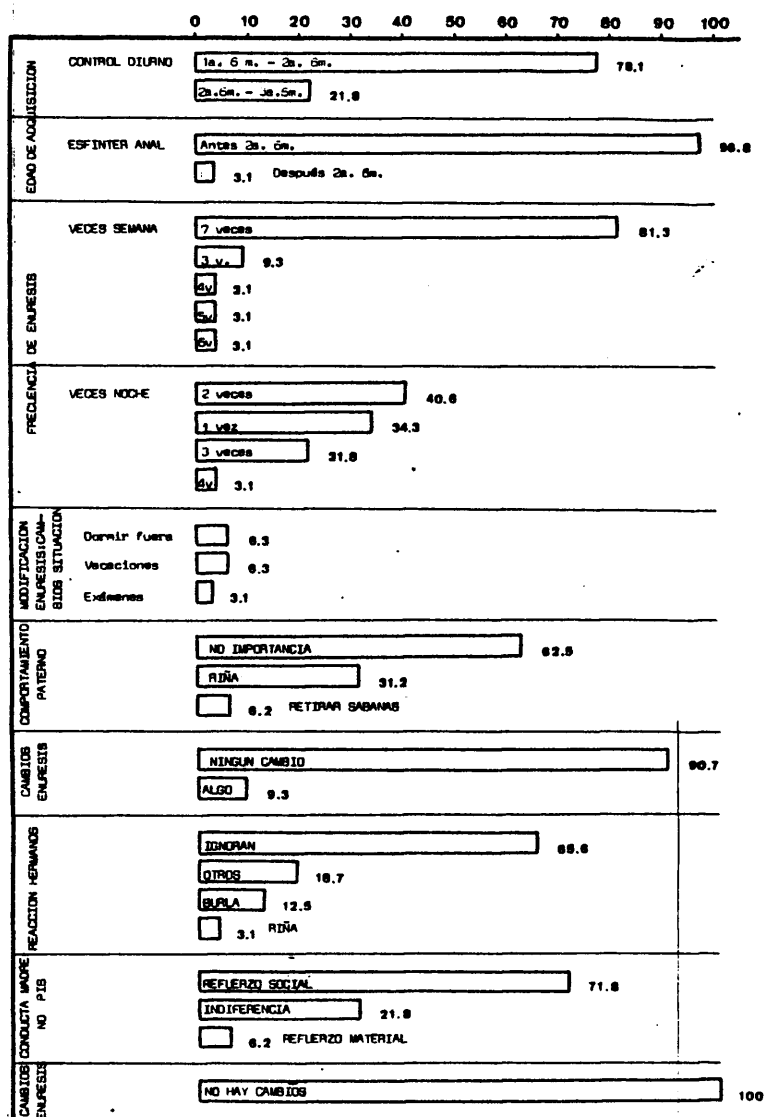


TABLA N° 13 V. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENURESIS
(PORCENTAJES)

169

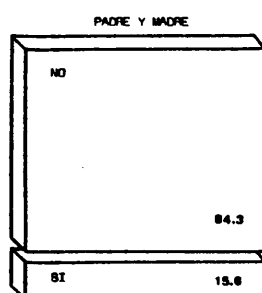
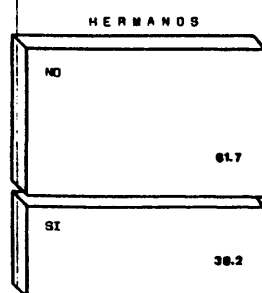
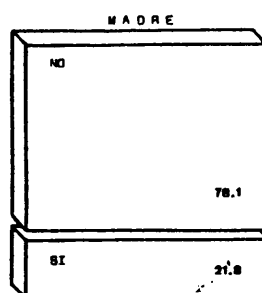
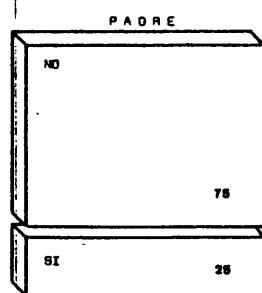


TABLA Nº 14. - IV(B) CONSULTAS Y TRATAMIENTOS ANTERIORES
(PORCENTAJES)

170

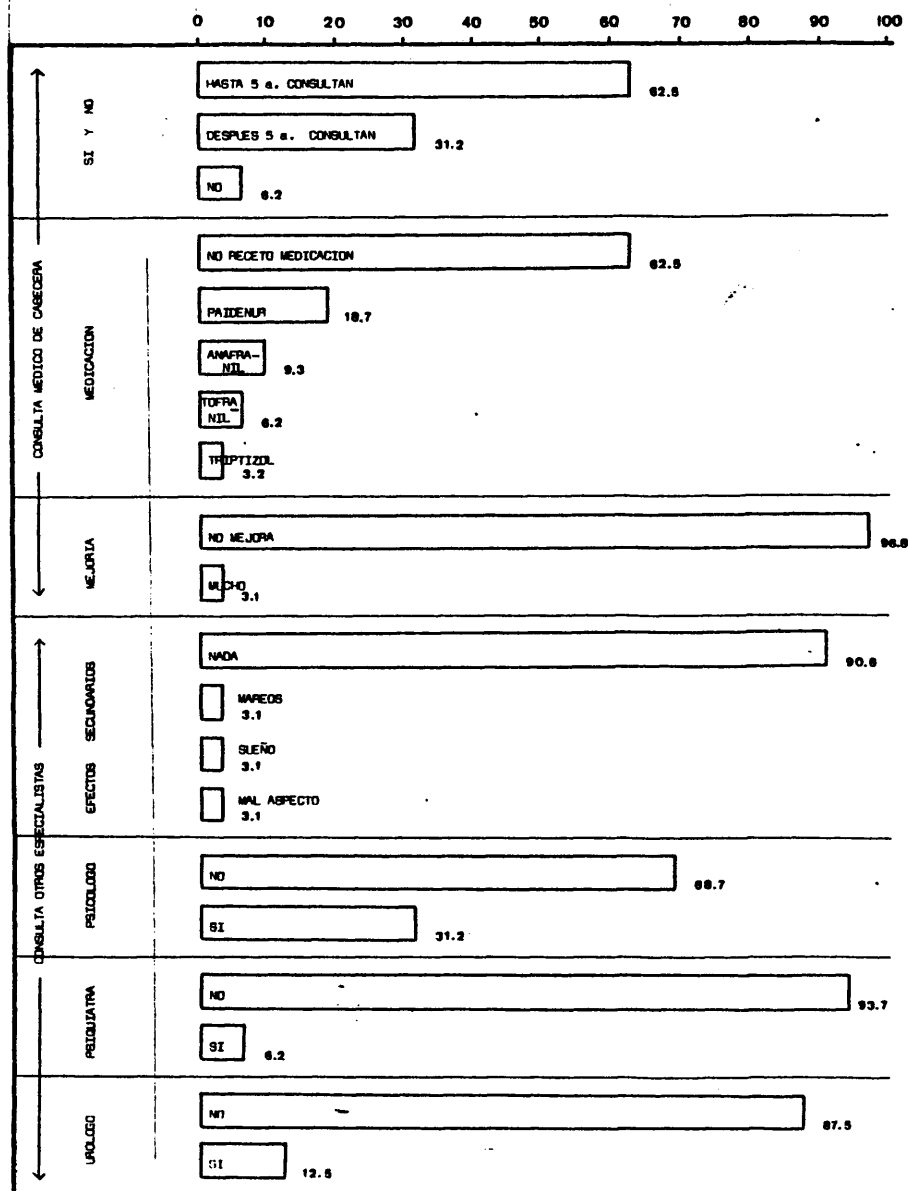


TABLA Nº 15 .- PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS POR LOS PADRES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA,
 CAMBIOS CONSEGUIDOS EN ENURESIS Y ANALISIS DE LA RESPUESTA DE DESPERTAR (%)

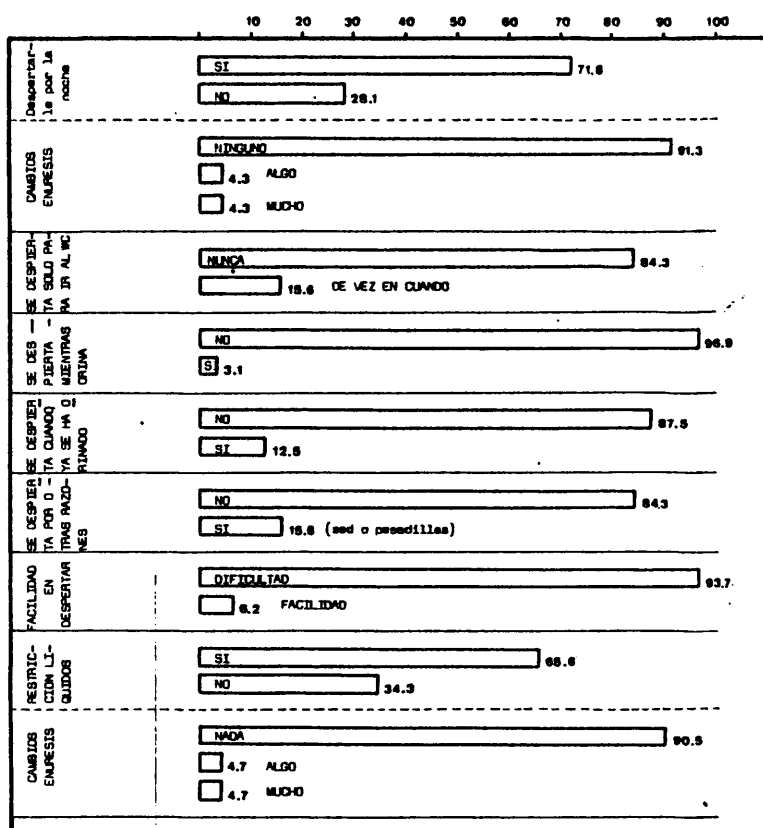


TABLA Nº 16 .- ASPECTOS MOTIVACIONALES RELACIONADOS CON EL
DESEO DE NO ORINARSE (%)

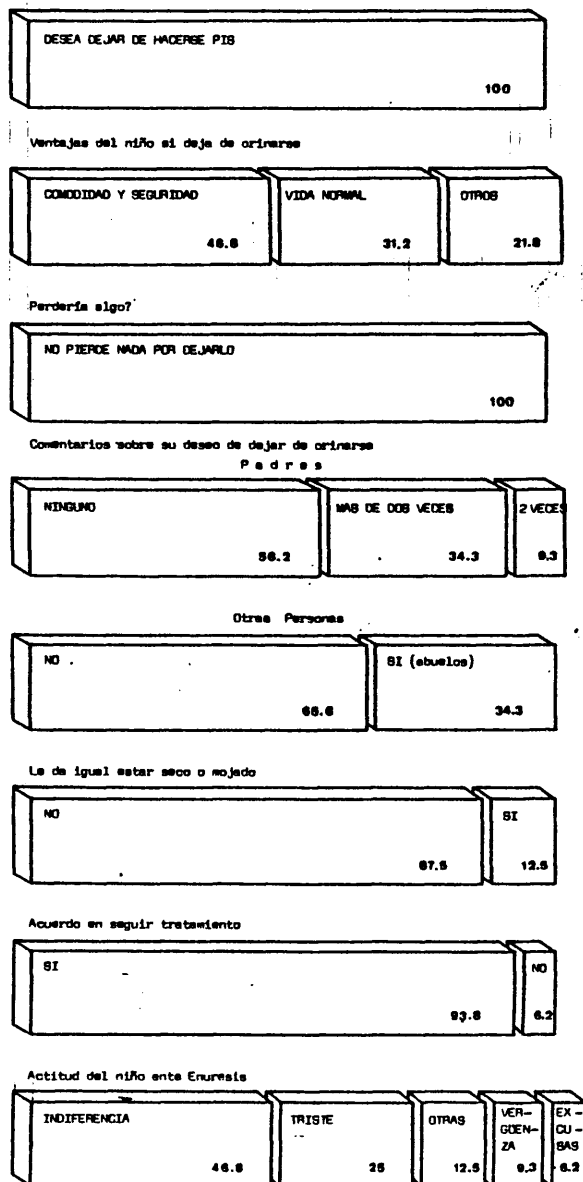


TABLA Nº 17 .- PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA MUESTRA DE ENURETICOS
 =====
 (N = 32) Y NO ENURETICOS (N = 8)
 =====

I.- CONDUCTAS AGRESIVAS Y FALTA DE SOCIALIZACION

		Frecuencia de Ocurrencia %			
		Nunca	Alguna Vez	Varías V ces	Con mucha Frecuencia
1. Es descarado con las personas mayores	E.	53,1	37,5	6,2	3,1
	N.E.	50,0	25,0	12,5	12,5
2. Pega o molesta a los demás niños	E.	62,5	28,1	6,2	3,1
	N.E.	87,5	12,5	—	—
3. Insulta a los ni- ños sin motivo apar.	E.	62,5	34,3	3,1	—
	N.E.	37,5	62,5	—	—
4. Grita con facili- dad	E.	25,0	21,8	18,7	28,1
	N.E.	25,0	12,5	25,0	37,5
5. Es amigo de pe- leas	E.	65,6	25,0	9,3	—
	N.E.	62,5	25,0	—	12,5
6. Es rencoroso	E.	90,6	9,3	—	—
	N.E.	75,0	25,0	—	—
7. Rompe cosas cuan- do se enfada	E.	78,1	15,6	6,2	—
	N.E.	100,0	—	—	—
8. Disfruta rompien- do lo que cae en sus manos	E.	90,6	9,3	—	—
	N.E.	62,5	—	—	—

TABLA Nº 17 .- (Continuación)

II.- FALTA DE ATENCION Y PRODUCTIVIDAD

		Frecuencia de Conducta %			
		Nunca	Alguna Vez	Varías V <u>e</u> ces	Con mucha Frecuencia
1. Dificultades de lenguaje	E.	81,2	15,6	—	3,1
	N.E.	100,0	—	—	—
2. Dificultades de comprensión	E.	84,3	12,5	3,1	—
	N.E.	100,0	—	—	—
3. Sacar malas Notas	E.	68,7	31,2	—	—
	N.E.	50,0	50,0	—	—
4. El profesor se queja de su falta de interés.	E.	65,6	28,1	6,2	—
	N.E.	37,5	50,0	12,5	—
5. Le cuesta trabajo concentrarse en el estudio	E.	37,5	37,5	12,5	12,5
	N.E.	25,0	37,5	37,5	—

TABLA Nº 17 .- (Continuación)

III.- CONDUCTAS ASOCIALES - SOCIOPATIA

		Frecuencia de Ocurrencia %			
		Nunca	Alguna Vez	Varías V <u>e</u> ces	Con mucha Frecuencia
1. Dice mentiras	E.	28,1	71,8	—	—
	N.E.	37,5	50,0	12,5	—
2. Coge dinero en casa	E.	87,5	12,5	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—
3. Dice que se encuentra cosas en el colegio o en otros sitios	E.	65,6	34,3	—	—
	N.E.	62,5	37,5	—	—
4. Se ha escapado - de casa	E.	100,0	—	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—
5. Hace novillos	E.	96,8	3,1	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—
6. No cumple las normas del colegio	E.	93,7	6,2	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—
7. Coge dinero y otras cosas en el colegio u otros lugares	E.	93,7	6,2	—	—
	N.E.	75,0	25,0	—	—

TABLA Nº 17 .- (Continuación)

IV.- HIPERACTIVIDAD - NERVIOSISMO

		Frecuencia de Conducta %			
		Nunca	Alguna Vez	Varias Vez- ces	Con mucha Frecuencia
1. Está inquieto y agitado	E.	31,2	34,3	18,7	15,6
	N.E.	37,5	25,0	37,5	—
2. No puede estar quieto durante mucho rato.	E.	12,5	34,3	15,6	37,5
	N.E.	25,0	37,5	—	37,5
3. Está sobreexci- tado y nervioso	E.	43,7	28,1	25,0	3,1
	N.E.	62,5	25,0	12,5	—
4. Tiene un sueño agitado	E.	65,6	12,5	9,3	12,5
	N.E.	50,0	50,0	—	—
5. Se muestra ner- vioso	E.	68,7	21,8	9,3	—
	N.E.	87,5	12,5	—	—
6. Tiene tics y - contracciones nerviosas	E.	81,2	3,1	12,5	3,1
	N.E.	100,0	—	—	—
7. Se come las uñas	E.	62,5	12,5	3,1	21,8
	N.E.	87,5	—	—	12,5

TABLA Nº 17 .- (Continuación)

V.- AISLAMIENTO. FALTA INTERACCION SOCIAL

		Frecuencia de Conducta %			
		Nunca	Alguna vez	Varias veces	Con mucha frecuencia
1. Está triste	E.	56,2	40,6	—	3,1
	N.E.	75,0	25,0	—	—
2. Se muestra apático o indiferente	E.	78,1	18,7	3,1	—
	N.E.	87,5	12,5	—	—
3. Le cuesta hacer amigos	E.	66,6	26,0	9,3	—
	N.E.	75,0	25,0	—	—
4. Cree que los demás no lo quieren	E.	59,3	37,5	3,1	—
	N.E.	50,0	50,0	—	—
5. Los otros niños no quieren jugar con él	E.	81,2	18,7	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—
6. Tiene celos de sus hermanos	E.	31,2	31,2	18,7	18,7
	N.E.	12,5	75,0	12,5	—
7. Se comporta como un niño más pequeño	E.	46,8	34,3	15,6	3,1
	N.E.	75,0	12,5	12,5	—

TABLA Nº 17 .- (Continuación)

VI.- PROBLEMAS SOMATICOS

		Frecuencia de Ocurrencia %			
		Nunca	Alguna Vez	Varías V- ces	Con mucha Frecuencia
1. Le duele la cabeza	E.	71,8	25,0	—	3,1
	N.E.	87,5	12,5	—	—
2. Tiene dolores de Estómago	E.	78,1	18,7	3,1	—
	N.E.	87,5	12,5	—	—
3. Come con dificult- tad.	E.	62,5	25,0	6,2	6,2
	N.E.	50,0	50,0	—	—

VII.- MIEDOS

		Nunca	Alguna Vez	Varías ve- ces	Con mucha frecuencia
1. Miedo a la oscu- ridad.	E.	46,8	28,1	12,5	12,5
	N.E.	50,0	12,5	12,5	25,0
2. Miedo a estar solo.	E.	46,8	31,2	12,5	9,3
	N.E.	25,0	50,0	—	25,0
3. Miedo de las si- renas (Policía, ambulancias)	E.	87,5	12,5	—	—
	N.E.	100,0	—	—	—

4.2.- MATERIAL UTILIZADO

La fase estrictamente experimental de este estudio se —
llevó a cabo en unos despachos situados (*) en la zona centro de Ma —
drid, alquilados exclusivamente para este fin, durante el periodo com —
prendido entre Diciembre de 1.980 y Enero de 1.982.

4.2.1.- APARATOS

En el grupo que recibía el Entrenamiento en Cama Seca —
completo (E.C.S. 1) se utilizó el aparato de alarma transistorizado, —
marca EASTEIGH, Modelo A.I., fabricado por N.H. EASTWOOD & SON Ltd., Lon —
dres, así como las esterillas recomendadas para este modelo y que la ca —
sa distribuidora (4) proporciona juntamente con el aparato.

Se utilizaron además probetas o recipientes graduados en
ml. o cc. para medir la capacidad de vejiga.

(*) Las características de la investigación, referentes a la selección de los sujetos (estatus socioeconómico, padecer sólo enuresis nocturna, etc.), impidieron que pudieran ser atendidos en el Centro — de Diagnóstico y Orientación Terapéutica Infantil (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) como hubiera sido nuestro de — seo. Resultaba incompatible compaginar el trabajo allí desarrolla — do con los fines de este estudio.

(4) MEPSA. C/ Francos Rodríguez, nº.47 — Madrid.

4.2.2.- CUESTIONARIOS

Se utilizaron tres Cuestionarios, específicamente diseñados para este trabajo, con el propósito de obtener una información suficiente sobre las características de la muestra. Estos Cuestionarios, a los que ya hemos aludido fueron: un Cuestionario Biográfico, un Cuestionario sobre Problemas de Conducta y un Cuestionario sobre las Actitudes de los Padres ante la Enuresis. (ver en el Apéndice 2º la versión completa de los mismos).

A) QUESTIONARIO BIOGRAFICO

Estaba dividido en seis apartados donde se analizaban detalladamente las siguientes áreas:

- I.- Datos Personales : Incluía una serie de preguntas sobre la edad, nivel de estudios del niño, composición familiar (número de hermanos, edad, etc.), así como diversos aspectos relacionados con el nivel sociocultural de los padres, tales como profesión, estudios realizados, etc.
- II.- Entorno Familiar : En este apartado se preguntaba acerca de las relaciones familiares desde un punto de vista afectivo, entre los padres y entre éstos y el niño; tiempo que dedicaban los padres para jugar o hablar con sus hijos; si estaban o no de acuerdo en su educación, etc.
- III.- Factores Situacionales : Se efectuaba un análisis sobre -

las características físicas de la vivienda; dónde y cómo dormía el niño, si tenía una habitación para él sólo o la compartía con otra persona; si podía encender la luz de la cama; si el cuarto de aseo le quedaba cerca o lejos de su habitación, etc.

IV.- Control de Esfínteres : Aquí se formulaban una serie de cuestiones sobre ciertos patrones de conducta relacionados con el control de esfínteres, tales como edad en que adquirió el control fecal y de orina (durante el día); frecuencia de enuresis; factores ambientales que alteraban dicha frecuencia; comportamiento de los padres ante el problema; consultas realizadas a otros especialistas (pediatras, urólogos, etc.) y tratamiento efectuado; procedimientos "caseros" utilizados para corregir el problema, etc.

V.- Antecedentes familiares de Enuresis : Se preguntaba si los padres habían padecido enuresis, hasta qué edad y cómo se había corregido.

VI.- Factores Evolutivos : En este apartado se realizaba un análisis sobre el desarrollo madurativo general, cuándo comenzó a hablar, andar, enfermedades que había padecido o padecía, etc.

B) CUESTIONARIO SOBRE PROBLEMAS DE CONDUCTA

Este Cuestionario estaba compuesto por 84 items sobre problemas de conducta, formulados de manera muy concreta y —

que servían como indicadores de siete áreas diferentes del comportamiento infantil: Conductas Agresivas y Falta de Socialización; Falta de Atención y Productividad; Conductas Asociales; Hiperactividad y Nerviosismo; Aislamiento y Falta de Interacción Social; Problemas Somáticos y Miedos.

Se construyó, principalmente, a partir de la Escala de Conducta para niños y adolescentes de ARNOLD y SMELTZER (1974) formada por 79 ítems agrupados en 6 factores. Además se tuvieron en cuenta la escala elaborada por LOVIBOND (1964) constituida por 15 ítems sobre nerviosismo, irritabilidad y miedos, así como la escala de BERG, FIELDING y MEADOW (1977) de 22 ítems, construida para explorar ciertas alteraciones psiquiátricas en niños que padecían enuresis nocturna y diurna. Ambas analizaban prácticamente los mismos problemas de comportamiento.

C) CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ENURESIS

Este cuestionario es una adaptación de la escala de actitudes de los padres frente a la enuresis de MORGAN y YOUNG, (1974). Dicha escala incluía 20 ítems que puntuaban en tolerancia - intolerancia. En la adaptación al castellano, hemos realizado algunas modificaciones respecto a la versión original de MORGAN y YOUNG (1974), sustituyendo 4 ítems por otros cuatro más acordes, desde nuestro punto de vista, con las características de la población española.

4.3.- DISEÑO EXPERIMENTAL

=====

En nuestro estudio se ha utilizado un diseño de Análisis de Componentes con medidas pre y post-tratamiento y cuatro grupos experimentales.

Este tipo de diseño, conocido en la literatura especializada como una estrategia de "desmantelamiento" de un determinado tratamiento (KAZDIN y WILSON, 1978; AGRAS, KAZDIN y WILSON, 1979), tiene por objetivo analizar experimentalmente el efecto parcial de los componentes que son utilizados conjuntamente en un procedimiento terapéutico. El propósito final consiste en averiguar qué componentes son necesarios y suficientes para producir un cambio en la conducta del paciente y cuáles pueden ser eliminados sin detrimento de la efectividad del tratamiento en cuestión.

La investigación se realiza comparando varios grupos experimentales, uno de los cuales recibe el tratamiento completo, mientras los otros recibirán el tratamiento menos aquellos componentes que vayan a ser analizados. Los distintos componentes del tratamiento pueden ser interpretados como variables independientes (KAZDIN y WILSON, 1978).

En nuestro caso, los sujetos fueron distribuidos a cuatro grupos experimentales (ver TABLA Nº 18). El primero recibió el Entrenamiento en Cama Seca completo (E.C.S.1); en el segundo se eliminó el aparato de alarma (E.C.S.2); en el tercero se eliminaron el

aparato de alarma y la Práctica Positiva (E.C.S. 3) y en el cuarto, se eliminaron el aparato de alarma, la Práctica Positiva y el Despertar - Escalonado (E.C.S. 4).

Las variables dependientes principales fueron:

- Frecuencia de enuresis (V.D. 1)
- Capacidad Funcional de Vejiga (V.D. 2) y
- Despertar Correcto (V.D. 3).

La Frecuencia de Enuresis se obtuvo a través de dos medidas: el número de noches mojadas por semana y el número total de veces que el niño mojaba la cama cada noche, durante una semana. Esta última nos permitía conocer la frecuencia de micción nocturna (número de veces que se orinaba cada noche), dividiendo el número total de micciones entre 7.

La capacidad funcional de vejiga fue determinada a partir de tres indicadores: cantidad media de orina evacuada en 48 horas, cantidad máxima en el mismo periodo y frecuencia media de micción diurna (número de veces que los niños orinan cada día, durante una semana).

El despertar correcto se definió como el número de veces que los sujetos se despertaban en una semana para ir al cuarto de baño a orinar.

Todas las medidas se llevaron a cabo antes y después del tratamiento.

Se consideraron variables dependientes adicionales: el número de sujetos que conseguían el criterio inicial de éxito durante el periodo experimental; el número total de noches mojadas durante el tratamiento y la duración (en días) del mismo, a fin de determinar la eficacia de los cuatro procedimientos respecto a los sujetos curados, el tiempo invertido y la frecuencia de aparición de la conducta problema (enuresis). La TABLA Nº 19 muestra un esquema del diseño experimental y de las fases seguidas durante la investigación.

Paralelamente, utilizamos un grupo control de sujetos no enuréticos a fin de contrastar, a nivel meramente descriptivo y gráfico, la capacidad de vejiga de este grupo con los cuatro grupos experimentales. En este caso, se utilizó exactamente el mismo procedimiento que con los sujetos enuréticos y medidas pre y post experimentales.

TABLA Nº 18 .- DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS EN LAS 4 CONDICIONES
EXPERIMENTALES, EDAD Y SEXO DE LOS MISMOS.

=====

GRUPOS	S E X O		E D A D	
	V	M	\bar{X}	D.T.
E.C.S.1	6	: 2	7,99	0,84
E.C.S.2	6	: 2	7,61	0,98
E.C.S.3	6	: 2	7,59	0,96
E.C.S.4	6	: 2	7,71	0,78

TABLA Nº 19 .- DISEÑO EXPERIMENTAL DE ANALISIS DE COMPONENTES. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

<u>RETRATAMIENTO</u>		<u>COMPONENTES : VARIABLES EXPERIMENTALES TRATAMIENTO</u>		<u>POSTRATAMIENTO</u>	
Medidas de:				Medidas de:	
Frecuencia de Mición Nocturna (V.D. 1)	—	E.C.S.1 :	Alarma + Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención	Frecuencia de Mición Nocturna (V.D. 1)	—
		E.C.S.2 :	Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención		
		E.C.S.3 :	Despertar escalonado + Entrenamiento en Retención		
		E.C.S.4 :	Entrenamiento en Retención		
Capacidad de Vigila (V.D. 2)				Capacidad de Vigila (V.D. 2)	
Despertar Corregido (V.D. 3)				Despertar Corregido (V.D. 3)	
TODOS LOS GRUPOS :		Autolimpieza + Refuerzo Social y / o Material discriminativo			

4.4. PROCEDIMIENTO

Los 32 sujetos cuyos datos presentamos en este trabajo, han sido personalmente tratados por la autora, en todos los casos. Sin embargo, los 3 Psicólogos (*) que realizaron la selección de la muestra actuaron asimismo como terapeutas, en aquellos casos en los que, a pesar de no reunir los requisitos exigidos por la investigación, hubiera resultado poco ético, desde un punto de vista profesional, no haberlos tratado. Nos referimos a ciertos casos en que los sujetos superaban el rango de edad, pertenecían a un nivel socio-económico medio-bajo o tenían además otros problemas de conducta.

La asignación de los sujetos a las cuatro condiciones experimentales se realizó de forma aleatoria, excepto en que los grupos fueron igualados respecto a la variable sexo. La distribución se efectuaba en base a la fecha de la entrevista en la que debía explicarse el tratamiento, el primer sujeto citado era asignado al primer grupo, el segundo al 2º grupo, el tercero al tercer grupo y así sucesivamente.

(*) Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a ANGEL PUERTA GARRIDO, FERNANDO RIQUELME y MARIA ANGELES RUIZ, por su eficaz y desinteresada ayuda.

4.4.1.- Medidas Pretratamiento. Línea de Base

En esta fase, el procedimiento era el mismo para todos -- los sujetos. Previamente, se había indicado a los padres que, a ser po- sible, acudieran ambos (padre y madre) a la cita en compañía del niño.

En primer lugar, la terapeuta mantenía una entrevista -- con los padres de aproximadamente una hora de duración, y posteriormen- te, entrevistaba al niño durante unos 30 minutos.

En el curso de la entrevista, se explicaba cómo debían -- rellenar los tres cuestionarios utilizados, CUESTIONARIO BIOGRAFICO, -- CUESTIONARIO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA y CUESTIONARIO DE ACTITUDES. Como Como el Cuestionario de Actitudes contenía una serie de preguntas formu- ladas en interrogativa negativa que suelen crear confusión cuando las -- alternativas de respuesta son únicamente SI o NO, el mismo se rellenaba durante la entrevista. La terapeuta decía:

" Nos interesa conocer su opinión sobre una serie de cues- tiones que yo le voy a ir formulando, escuche la frase -- con atención y luego dígame si Vd. piensa igual o no. "

Posteriormente, se informaba con detalle de la forma en que debían realizar los registros que servirían para establecer la Lí- nea Base. A fin de asegurar una buena colaboración, se les indicaba -- que estos datos y los de los cuestionarios nos ayudarían a conocer cuál era el tratamiento más adecuado para el caso particular de su hijo.

Antes de iniciar el registro propiamente dicho, se pedía a los padres que eliminaran las gasas, bragas de plástico o cualquier otra prenda que pusieran al niño para dormir. Asimismo, se les informaba sobre la conveniencia de que el niño tuviera una luz que pudiera encender desde la cama sin necesidad de levantarse. Como preveíamos una cierta reactividad (disminución de enuresis) a consecuencia de estos cambios y de la entrevista con la terapeuta, se aconsejaba no comenzar las observaciones hasta que no hubieran transcurrido, por lo menos, de 7 a 10 días a partir de esta entrevista, a pesar de lo cual y, como ya hemos indicado, un 6,8 % de los sujetos dejaron de orinarse en este periodo.

El registro de la frecuencia con que los sujetos se orinaban cada noche, era sin duda el aspecto más molesto de esta fase (ver TABLA Nº 20). Los padres debían observar y anotar durante 7 noches consecutivas, el número de veces que sus hijos mojaban la cama. Los padres inspeccionaban la cama aproximadamente cada hora, una vez que el niño se había dormido, procurando que el niño no se enterara de tales inspecciones. Para ello se aconsejaba colocar sobre la sábana inferior una toalla que pudiera cambiarse fácilmente si el niño se orinaba, sin necesidad de despertarlo. Cuando el niño se orinaba, anotaban la hora, retiraban la toalla mojada y colocaban otra seca a fin de poder detectar una segunda micción. La secuencia se repetía tantas veces como fuera necesario.

Al mismo tiempo, los padres observaban si el niño se despertaba alguna vez para ir a hacer pis, si se despertaba cuando ya estaba mojado, o si se despertaba por otras razones como sed, pesadillas, etc. (TABLA Nº 21). El niño no debía enterarse, bajo ningún concepto de que se estaban practicando éstas y las anteriores observaciones.

Las medidas de capacidad de vejiga (cantidad de orina - evacuada) se llevaban a cabo durante 48 horas seguidas y una vez obtenidos los datos anteriores (frecuencia de micción nocturna y despertar) De este modo, los padres se aseguraban de que el niño no mojara la cama durante las dos noches que incluía el registro, despertándolo aproximadamente 30 minutos antes de la hora u horas en que solía orinarse, hecho que podían conocer a través de sus propias observaciones.

Dado que todos los niños debían asistir al Colegio en los días laborables, se sugirió a los padres que realizaran estos registros durante el fin de semana y que utilizaran un recipiente graduado en ml. o cc. para medir la cantidad de orina (TABLA Nº 22).

Por último, debían estar seguros de que no se producía reactividad de respuesta (aumento de la frecuencia de micción diurna, a causa de la novedad que pudiera representar para el niño el conocer la cantidad de orina que evacuaba en cada micción. Para ello, los padres le advertían que sólo hiciera pis cuando tuviera muchas ganas por que deseábamos conocer cuánto tiempo era capaz de retener la orina.

La entrevista terminaba haciendo hincapié en que seguirían todas las instrucciones señaladas para obtener un buen resultado e indicando que una vez efectuados todos los registros nos llamaran por teléfono para concertar la siguiente entrevista en la que decidiríamos el tratamiento más oportuno. Adicionalmente, se les pedía que cada noche supervisaran el registro de frecuencia diurna del que debía encargarse el niño.

Seguidamente, la terapeuta mantenía una charla con el -

niño, comenzando por realizar una serie de preguntas encaminadas a - averiguar el grado de conciencia ante el problema, tales como ¿Sabes por qué has venido ?, ¿Cómo crees que podrías solucionar el problema? ¿Lo saben tus amigos?, etc. (Ver en el Apéndice 3º la Guía de Entrevista).

La mayoría de los sujetos (81,12 %) contestaron que - venían porque se hacían pis en la cama, y el 18,8 % dijeron que no sabían o que no se acordaban. En este caso la terapeuta intentaba que el propio niño llegara a la respuesta correcta, haciendo preguntas indirectas como ¿qué tal duermes de noche?, ¿Te despiertas para ir al - baño a hacer pis?, ¿Qué piensas de los niños que se hacen pis en la - cama?, etc., hasta que el niño indicaba que él se hacía pis de noche.

Todos los niños manifestaron que no les gustaba que - sus amigos lo supieran porque se reirían de ellos, o porque les daba - vergüenza de que se enteraran. Respecto a la pregunta sobre cómo creían que se podría solucionar el problema, el 40,6 % contestó que despertándose de noche (con un despertador, o haciéndolo los padres); el 31 % no sabía; el 9,3 % indicó que tomando pastillas o jarabes y el resto (19,1 %) contestó que no bebiendo agua, estando tranquilos o acostándose temprano.

Posteriormente, se pasó a seleccionar los posibles refuerzos que se utilizarían para incrementar y mantener la motivación - de los sujetos a tener la cama seca.

Los refuerzos debían ser evaluados en una escala de 0-10. Con el propósito de que el niño comprendiera bien el sistema de

evaluación, la terapeuta utilizaba un ejemplo con las comidas. En primer lugar anotaba en un folio todos los números ordenados de 0 a 10 y después preguntaba qué era lo que más le gustaba comer, lo que menos y algo que le gustara regular, asignando un 10, un 0 o un 5, respectivamente, en la escala a las comidas seleccionadas. Una vez comprendido el ejemplo, se pedía al niño que fuera eligiendo un número, como si fuera una calificación escolar, a las cosas (refuerzos) que se le iban a presentar. Todos los sujetos, sin excepción, comprendieron rápidamente el sistema.

Los reforzadores seleccionados estaban divididos en dos apartados; el primero (a) incluía una lista de posibles refuerzos relacionados directa o indirectamente con la enuresis, y el segundo (b), una serie de actividades sociales a realizar con los padres y que no tenían que ver directamente con la conducta problema.

La decisión de utilizar refuerzos sociales más que materiales (chicles, tebeos, juguetes, etc.) venía determinada por el hecho de que nos interesaba que estos refuerzos se mantuvieran una vez terminado el tratamiento de una forma natural. Los refuerzos naturales, tales como llevar a los niños al cine o al parque de atracciones, son, por lo general, actividades que los padres realizan de vez en cuando con sus hijos, pero en este caso íbamos a hacer depender estas actividades de tener o no la cama seca. Sin embargo, el niño no se vería gravemente afectado en su entorno social si, transcurrido el periodo experimental, no había conseguido el éxito. Además, de esta forma preveníamos un segundo riesgo, el problema de la habituación y contingente pérdida del poder reforzante de ciertos refuerzos tales como chicles, chucherías o juguetes.

A continuación enumeramos, a título ilustrativo, una relación de ambos grupos de reforzadores, ya que en cada caso concreto - se tuvieron en cuenta las sugerencias del niño, siempre que cumplieran las condiciones mencionadas anteriormente, a saber, que estuvieran relacionados con la enuresis o que fueran actividades de tipo social:

(a) Posibles refuerzos relacionados con la conducta problema:

- Tener un colchón nuevo
- Tener sábanas nuevas
- Tener un pijama o camisón nuevos
- Tener una cama nueva
- Ir a dormir a casa de alguna persona (familiares o amigos)
- Dormir en su cama con alguien
- Invitar a algún amigo a dormir en su casa.
- Ir de excursión (pasando la noche fuera)
- Ir a un campamento

(b) Actividades de tipo social:

- Ir al cine con sus padres, eligiendo la película.
- Jugar al parchís, la oca, ajedrez, etc. con sus padres.
- Ir al parque de atracciones
- Ir al Zoológico
- Comer o merendar en un restaurante o cafetería.
- Jugar al fútbol con el padre o ir a ver un partido.
- Acostarse más tarde el viernes o el sábado por la noche.

Durante la última parte de la entrevista, la terapeuta - dibujaba de forma esquemática la vejiga y los riñones, para explicar lo más sencillamente posible el proceso fisiológico de la micción, para lo cual mostraba el dibujo y explicaba cómo la orina, desde los riñones y a través de los uréteres, llegaba a la vejiga. Después les decía:

" Es posible que tu te hagas pis porque tu vejiga admite poca cantidad de orina o quizás porque durante la noche no te enteras de cuándo tu vejiga se llena. Cuando sepamos por qué te haces pis, te enseñaremos a solucionar este problema tan molesto, pero para ello necesitamos tu colaboración. Quizás tendrás que hacer cosas - que no te gusten, pero recuerda que si haces lo que te decimos, dejarás de hacerte pis. ".

Por último, les entregaba una hoja de registro donde debían anotar, hasta que volvieran a consulta, todas las veces que hacían pis durante el día (TABLA Nº 23). Como puede observarse en dicha Tabla, la forma de anotación era muy sencilla. El niño solamente tenía que tachar un "palote" cada vez que fuera a orinar.

La entrevista realizada con el grupo de control se desarrolló de una manera más informal. La terapeuta recibió a la vez a los padres y al niño y habló con ellos durante 40 minutos aproximadamente a fin de incrementar la motivación del niño para que colaborase eficazmente. Se le dijo que iba a participar en un experimento muy importante y que nos interesaba averiguar si su "vejiga era grande o pequeña", para compararla con la de otros niños de su edad que tenían el problema de hacerse pis en la cama. En este caso, también explicamos gráficamente el funcionamiento de la vejiga y se informó a los padres que nos mandarían los datos por correo y que, transcurridos aproximadamente dos meses, nos pondríamos en contacto telefónico con ellos para que repitieran de nuevo las mismas medidas.

TABLA Nº 20 .-

LINEA BASE (TODOS)

COOIGO

HOJA DE REGISTRO DE FRECUENCIA NOCTURNA DE ORINA

196

Nombre y Apellidos Nº de HISTORIA

Fecha de nacimiento Edad

	1º día	2º día	3º día	4º día	5º día	6º día	7º día
FECHA							
HORA							
9-10							
10-11							
11-12							
12- 1							
1- 2							
2- 3							
3- 4							
4- 5							
5- 6							
6- 7							
7- 8							
8- 9							
9-10							
10-11							
EJEMP.							

NOTA : Utilice los signos que se indican:

A = Hora en que se acuesta

M = Mojado

S = Seco

L = Hora en que se levanta

- (1) Si Vd. se levanta a las 3, por ejemplo, y la cama está mojada, pondrá la letra M en la casilla correspondiente a la hora anterior, casilla 2 - 3.

OBSERVACIONES :

FECHA	FECHA	HORA QUE SE DESPIERTA SOLO			NO SE HA DESPERTADO	¿ HA AMANECIDO NOJADO O SECO?
		ANTES DE HACERSE PIS Y VA AL W.C.	INMEDIATAMENTE DESPUES DE HACERSE PIS	SE DESPERTO POR OTRAS RAZONES ¿CUALES?		
1a						
2a						
3a						
4a						
5a						
6a						
7a						
8a						
9a						
10a						
11a						
12a						
13a						
14a						
15a						
16a						
17a						
18a						
19a						
20a						
21a						
22a						
23a						
24a						
25a						
26a						
27a						
28a						
29a						
30a						
31a						
32a						
33a						
34a						
35a						
36a						
37a						
38a						
39a						
40a						
41a						
42a						
43a						
44a						
45a						
46a						
47a						
48a						
49a						
50a						
51a						
52a						
53a						
54a						
55a						
56a						
57a						
58a						
59a						
60a						
61a						
62a						
63a						
64a						
65a						
66a						
67a						
68a						
69a						
70a						
71a						
72a						
73a						
74a						
75a						
76a						
77a						
78a						
79a						
80a						
81a						
82a						
83a						
84a						
85a						
86a						
87a						
88a						
89a						
90a						
91a						
92a						
93a						
94a						
95a						
96a						
97a						
98a						
99a						
100a						

CONSERVACIONES :

DESPERTARSE

NO DESPATCH

888

LINEA BASE (TODOS)

TRATAMIENTO 199

CODIGO

FECHA	TACHA UNO CADA VEZ QUE HAGAS PIS EN EL DIA	TOTALES
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
	/ / / / / / / / / / / / / /	
EJEMPLO	/ / / / / / / / / / / / / /	

DEBES TACHAR CADA VEZ QUE HAGAS PLS. NO SE TE OLVIDE.

LUEGO LO ENSEÑAS A TUS PADRES.

4.4.2.- TRATAMIENTO

Esta fase comenzaba una vez cumplimentados los registros de la Línea Base y se mantenía durante 8 semanas, transcurridas las cuales, si el sujeto no había alcanzado el criterio inicial de éxito de 14 noches consecutivas secas, se suspendía el tratamiento. En todos los casos se informó a los padres que si ocurría este acontecimiento probaríamos con otro método aunque después de que el niño hubiera descansado por lo menos durante dos meses. (*)

El proceso se llevó a cabo a través de una primera entrevista de aproximadamente 1 hora 30' de duración, en la que la terapeuta exponía a los padres las razones por las que debían seguir el tratamiento al que habían sido asignados (correspondiente a una de las cuatro condiciones experimentales), así como una detallada descripción de instrucciones sobre el mismo. Además, durante las 8 semanas siguientes, todos los sujetos fueron entrevistados cuatro veces (una vez cada 15 días) a fin de controlar el efecto del procedimiento en cuestión, el seguimiento de instrucciones y mantener la motivación necesaria para continuar con el tratamiento hasta el final. Todos estos datos eran anotados cuidadosamente en una hoja de consulta (ver Apéndice Nº 1).

(*) Los datos relativos al reentrenamiento de los sujetos, utilizando el método de la alarma y sobreaprendizaje no se incluyen en este estudio por dos razones básicas: 1) porque no están directamente relacionados con los objetivos perseguidos, y 2) porque no todos los sujetos han concluido todavía el periodo de reentrenamiento.

El contacto con la terapeuta fue prácticamente igual para todos los grupos, con diferencias de tiempo mínimas, como puede apreciarse en la TABLA Nº 24 :

TABLA Nº 24 .- TIEMPO DE CONTACTO CON LA TERAPEUTA DURANTE TODO EL PERIODO EXPERIMENTAL (en horas, minutos y segundos)
=====

GRUPOS	Línea Base		Tratamiento-Postratamiento	
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.
E.C.S. 1	1 h. 34'	3' 28''	3 h. 50'	6' 5''
E.C.S. 2	1 h. 35'	4' 24''	4 h. 2'	5' 10''
E.C.S. 3	1 h. 39'	4' 36''	3 h. 50'	4' 36''
E.C.S. 4	1 h. 36'	3'	3 h. 54'	6' 34''

La primera entrevista (fase de tratamiento) se desarrollaba de la siguiente forma : La terapeuta recibía primero a los padres y una vez explicado el método a seguir, mandaba pasar al niño a quién informaba, ante sus padres, de lo que debería hacer y lo que iba a suceder.

En primer lugar, se comprobaban los registros de la Línea de Base, y después de hacer una pausa, durante la que la terapeuta examinaba atentamente los datos, se les decía que los resultados obtenidos indicaban la necesidad de utilizar el procedimiento terapéutico — que les correspondía. Según los casos, se argumentaban razones diferentes. Por ejemplo, si el tratamiento asignado era el E.C.S. 3 (cuyo componente esencial era el despertar escalonado), se indicaba que el niño parecía retener la orina, mientras dormía, durante intervalos suficientemente amplios y que despertándole al principio a una hora de terminada (1 de la madrugada) y que adelantando en días sucesivos la hora de despertar en periodos de 30 minutos cada vez, le enseñaríamos a retener la orina durante intervalos cada vez mayores.

Posteriormente, se entregaba un ejemplar del tratamiento en cuestión, donde se detallaba el procedimiento a seguir, paso por paso, así como las hojas de registro (diario) correspondientes. Además, la terapeuta explicaba en la consulta las fases del tratamiento y cómo debían llevarse a cabo los registros, con el fin de asegurar una perfecta comprensión de las instrucciones. (ver Apéndice Nº 1).

Por último, entraba el niño y después de contarle a — grandes rasgos los aspectos del tratamiento, se le preguntaba si quería o no llevarlo a efecto. Una vez obtenida su conformidad, pasábamos a determinar los refuerzos los cuales eran anotados en un apartado del tratamiento para ser canjeados por vales. Cada noche seca el niño recibía un vale, aunque los refuerzos de más valor requerían un mayor número de vales (noches secas). De modo que a medida que aumentaba la cantidad y calidad del refuerzo, debía incrementarse la tasa de la — respuesta correcta (noches secas).

Cada sujeto tenía que anotar en una hoja de calendario, que se le proporcionaba en la entrevista, las noches que no se orinaba. Esta tarea consistía, simplemente, en rodear con un círculo rojo el día que había amanecido seco. Se omitió el registro de noches mojadas diciendo que esos días no pusiera nada porque lo importante eran los círculos rojos (noches secas). El fin perseguido con este sistema era centrar la atención del paciente sólo en la respuesta correcta.

El refuerzo positivo contingente a tener la cama seca, el entrenamiento en limpieza (lavarse y hacer la cama) cuando la cama estaba mojada y anotar las noches secas, tal como hemos descrito, se mantuvieron constantes en los cuatro grupos experimentales.

4.4.2.1.- Entrenamiento en Cama Seca Completo (E.C.S. 1)

Este grupo recibió el procedimiento publicado por AZRIN, SNEED y FOXX (1974) pero incluyendo las modificaciones introducidas por AZRIN y THIENES en 1.978. (ver TABLAS Nº 5 y 7).

Ambos métodos han sido comentados en detalle en el apartado 2.3.1.- de este estudio. Como se recordará, el Entrenamiento en Cama Seca de AZRIN, SNEED y FOXX (1974) constaba de tres fases, una de entrenamiento intensivo en la que el niño era despertado cada hora y - que era dirigida directamente por un profesional; otra de Postentrenamiento que se mantenía hasta que el niño consiguiera 7 noches consecutivas secas y supervisada por los padres; y la tercera, denominada Rutina normal donde se retiraba el aparato de alarma y que continuaba —

hasta que el sujeto tuviera otras 7 noches consecutivas secas.

En la revisión modificada del E.C.S. (AZRIN y THIENES, 1978), las fases del entrenamiento se redujeron a dos. La primera de Entrenamiento Intensivo comenzaba al atardecer y continuaba hasta la una de la madrugada y era supervisada por una persona especializada, en tanto que la segunda (fase de supervisión) la llevaban a cabo los padres hasta que el paciente alcanzaba 14 noches consecutivas secas. Aparte de esto, los cambios más importantes respecto al método original, consistieron en eliminar definitivamente el aparato de alarma — del procedimiento, al tiempo que se incluían en el primer día de entrenamiento, ensayos en el control voluntario de la orina (entrenamiento en retención de KIMMEL y KIMMEL, 1970) y en práctica positiva (secuencia de la conducta correcta).

Con el propósito de igualar los cuatro grupos, en todos los aspectos del tratamiento, a excepción de los componentes que pretendíamos analizar, las cuatro formas de tratamiento utilizadas en nuestra investigación constaban cada una de dos fases, una de Entrenamiento Intensivo (un día) y otra de Entrenamiento Posterior (hasta alcanzar el criterio de éxito de 14 noches consecutivas secas), dirigidas ambas por los padres de los pacientes. La decisión de no utilizar un terapeuta que fuera a la casa del niño para dirigir la primera fase del tratamiento, venía avalada por los resultados favorables obtenidos cuando se suprimía este requisito. (BOLLARD y WOODROFFE, 1977; AZRIN, HONTOS y BESALEL, 1979).

En consecuencia, el ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA completo tal como lo hemos utilizado nosotros, era básicamente igual al proce -

dimiento original de AZRIN, SNEED y FOXX (1974), excepto que se desarrollaba en dos etapas (Entrenamiento Intensivo y Posterior) e incluía el Entrenamiento en Retención y el "role playing" de la respuesta correcta (Práctica Positiva) propuestas por AZRIN y THIENES (1978) en su nuevo procedimiento.

El Entrenamiento Intensivo se realizaba exclusivamente durante el primer día de tratamiento, por la tarde y durante toda la noche. Por esta razón, se aconsejó a todos los padres comenzar el procedimiento un fin de semana, con el fin de que pudieran descansar al día siguiente.

Por la tarde, el niño hacía ejercicios en retención voluntaria de la orina que se desarrollaban de la siguiente manera: en primer lugar orinaba, después bebía aproximadamente 400 ml. de líquido (2 vasos) de la bebida que más le apeteciera y por último, cuando el niño indicaba que tenía muchas ganas de orinar, se le pedía que retuviera la orina durante un intervalo de 3 a 5 minutos. En ensayos posteriores, el niño volvía a ingerir líquido (pero en estas ocasiones sólo un vaso) y se repetía la misma secuencia, incrementando el intervalo en retención 2 minutos en cada ensayo respecto al anterior. Los padres alababan al niño por retener la orina durante ese tiempo y lo animaban a superarlo en el siguiente ensayo.

Aproximadamente una hora antes de acostarse, se realizaban los ensayos de Práctica Positiva, consistentes en acostarse en la cama como si estuviera dormido, contar hasta 50, encender la luz, ir al baño para orinar y volver a la cama. Esta secuencia de conducta se realizaba 15 veces. Redujimos el número de ensayos a 15 de los 20 pro

puestos por AZRIN y Cols. (1974, 1978) debido a la edad de los sujetos que participaban en nuestra investigación (entre 6,6 y 9 años).

Durante la noche, se colocaba la alarma en la cama y se despertaba al niño cada hora, acompañándole al baño, donde se le preguntaba si necesitaba orinar o podía aguantarse durante una hora más. El objetivo perseguido era que el niño tomara conciencia del nivel de presión de su vejiga y de la necesidad o no de orinar. Si el niño mojaba la cama alguna vez, la alarma sonaba, y los padres se dirigían a su cuarto para asegurarse de que el sujeto realizaba las tareas que debía: apagar la alarma; ir al baño para terminar de orinar; lavarse y cambiar las sábanas de la cama (Entrenamiento en Limpieza) y realizar 15 ensayos de Práctica Positiva.

El Entrenamiento Posterior comenzaba al día siguiente, hasta obtener el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas). Durante esta fase se colocaba la alarma en la cama y si el niño se había orinado el día anterior, tenía que realizar 15 ensayos de Práctica Positiva antes de acostarse, además de los que hubiera realizado en su momento (al orinarse). Cada vez que mojara la cama ocurriría la misma secuencia descrita en el Entrenamiento Intensivo, apagar la alarma, ir al baño a terminar de orinar, Entrenamiento en Limpieza y Práctica Positiva. El procedimiento completo, paso a paso, puede verse en la TABLA Nº 25, correspondiente a las instrucciones que se proporcionaban a los padres.

Como puede observarse en dicha TABLA Nº 25 el "Despertar Escalonado" se mantenía a pesar de que se utilizaba la alarma. Esta táctica consistía en despertar al niño para ir a orinar, antes de

acostarse los padres, entre las 12 y la una de la madrugada. Si conseguía permanecer seco durante una noche entera, al día siguiente se le despertaba media hora antes de modo que gradualmente se iba adelantando la hora de despertar, hasta que el tiempo transcurrido desde que se hubiera acostado y la hora en que hubieran debido despertarlo fuera menor de una hora, en cuyo caso ya no lo despertarían más.

4.4.2.2.- Entrenamiento en Cama Seca sin Alarma (E.C.S. 2)

El procedimiento seguido por este grupo era exactamente igual que el anterior, a excepción de que no se utilizaba el aparato de alarma. Consecuentemente, el entrenamiento quedaba afectado, fundamentalmente, en su segunda fase, puesto que el niño y los padres no podían conocer con exactitud cuándo ocurría la micción al carecer de una señal (alarma) que los informara del suceso. Por esta causa el E.C.S. 2 sin alarma, es prácticamente el mismo de AZRIN y THIENES (1978) aunque nosotros mantuvimos, durante la primera fase, la noche de Entrenamiento Intensivo (despertar al niño cada hora) que ellos suprimieron, con el propósito de igualar el método al grupo primero y potenciar diferencialmente la retirada del componente de la alarma.

Para paliar la ausencia de tal componente, en el Entrenamiento posterior (2ª fase), los padres inspeccionaban la cama del niño cada hora, desde que se acostaba hasta la una de la madrugada. Si el niño estaba mojado en alguna de esas inspecciones, los padres lo despertaban para que fuera al baño, se lavara, hiciera su cama y realizara —

los ensayos de Práctica Positiva, al igual que ocurría con los sujetos que recibían el E.C.S. completo. En la TABLA Nº 26 , puede verse el método con detalle.

4.4.2.3.- Entrenamiento en Cama Seca, sin Alarma ni Práctica Positiva. (E.C.S. 3).

La única diferencia de este grupo respecto al anterior, consistió en eliminar la Práctica Positiva del procedimiento. En este caso, el tratamiento potenciaba el efecto del despertar escalonado combinado con el Entrenamiento en Retención, utilizado en la primera fase del procedimiento. (Ver TABLA Nº 27).

4.4.2.4.- Entrenamiento en Cama Seca, sin Alarma, Práctica Positiva, ni Despertar Escalonado (E.C.S. 4) .

En este grupo hubo que introducir ciertas modificaciones debido a que el tratamiento quedaba notablemente reducido. Se mantuvo la misma estructura en el procedimiento que en los tres precedentes, - una fase de Entrenamiento Intensivo y una de Entrenamiento Posterior.

En la primera fase (durante una tarde) se entrenaba intensivamente al sujeto en Retención voluntaria de la orina, realizando los mismos ensayos que los demás grupos. Sin embargo, durante la segunda fase, se mantuvo un ensayo diario de Entrenamiento en Retención, lo que

no había ocurrido en los grupos anteriores, a fin de maximizar el efecto de esta técnica. De modo que el procedimiento utilizado en este grupo era básicamente el mismo que el elaborado por KIMMEL y KIMMEL, (1970) aunque realizado de forma más sistemática.

Las instrucciones a seguir durante todo el proceso eran las mismas que las proporcionadas a todos los grupos en esa fase de En trenamiento Intensivo, pero como, posteriormente, cada día tenía lugar un ensayo, el intervalo de retención se aumentaba en dos minutos respecto al ensayo realizado el día anterior (ver TABLA Nº 28).

Como ya hemos señalado, todos los grupos y por tanto, - éste también, recibían refuerzo positivo por tener la cama seca y En - trenamiento en Limpieza por mojar la cama.

4.4.3.- MEDIDAS POSTRATAMIENTO =====

Esta fase comenzaba una vez que los sujetos habían alcanzado el criterio inicial de éxito (14 noches consecutivas secas) o había finalizado el periodo de tratamiento (8 semanas). En este último caso, el tratamiento se suspendía y, al igual que hicieramos en La Línea Base, dejábamos transcurrir una semana antes de repetir las medidas de las tres variables dependientes.

La terapeuta indicaba a los padres que nos interesaba conocer el efecto que el tratamiento había producido sobre la frecuencia de enuresis (V.D. 1), la capacidad funcional de la vejiga (V.D. 2) y el despertar (V.D. 3).

Dado que los padres habían ido anotando durante el tratamiento las noches mojadas y el despertar, se justificaban los nuevos registros diciendo que era importante saber qué ocurría al suspender el tratamiento y que por ello esperábamos una semana antes de llevarlos a cabo.

Por otro lado, se les hacía notar que, aunque supiéramos las noches que el niño mojaba la cama, desconocíamos si lo seguía haciendo las mismas veces cada noche que al comienzo del tratamiento.

El procedimiento seguido para obtener las medidas posttratamiento fue el mismo que el utilizado en la Línea de Base. Sin embargo, en esta ocasión, intentamos reducir las molestias que producía a los pa

dres el observar el número de micciones por noche y durante una semana seguida, diciéndoles que inspeccionaran la cama sólo a las horas en que el niño se orinaba, información que conocíamos por el anterior registro. Es decir, si durante la Línea Base un sujeto se orinaba dos veces por noche, por ejemplo, entre 1 h. y 2 h. y entre 4 h. y 5 h. de la madrugada, los padres debían inspeccionar la cama a esas horas. Si el niño estaba seco, lo anotaban e inspeccionaban la cama una vez más antes de levantarlo, de modo que sólo tuvieran que realizar las observaciones dos ó tres veces por noche y en momentos previamente determinados.

Al mismo tiempo, se pidió al niño que si se despertaba para hacer pis, llamara a sus padres para que ellos pudieran saber la hora en que ocurría. Este hecho, no suponía ninguna novedad, puesto que el niño había recibido las mismas instrucciones durante el periodo de tratamiento a fin de determinar si ocurría o no la adquisición de la respuesta de despertar.

Una vez efectuados los registros, comenzaba la fase de seguimiento para los sujetos que hubieran obtenido el criterio inicial de éxito, o la fase de descanso para los que no lo hubieran logrado. Como ya hemos comentado en otro lugar, estos últimos serían reentrenados, dos meses después de finalizado el primer tratamiento, con el método de la alarma y sobreaprendizaje.

TABLA Nº 25 .- GRUPO 1 (E.C.S. 1) : INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES.

ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA COMPLETO.-

=====

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA ENURESIS NOCTURNA

D. B. T. - 1- (M. C. Dragado, 1.981)

INSTRUCCIONES

Para que el niño aprenda a controlar la orina durante la noche, debe de aprender e integrar un conjunto de habilidades bastante complejas, tales como:

- a) Aprender a distinguir la diferencia entre las sensaciones que se producen cuando la vejiga está llena o semillena.
- b) Aprender a retener la orina durante un cierto periodo de tiempo, cuando se producen estas sensaciones y la necesidad de orinar.
- c) Aprender a despertarse ante estas sensaciones antes de que se dispare el reflejo de orinar.
- d) Aprender a orinar en el lugar adecuado cuando sienta necesidad de orinar.

El programa que le ofrecemos aquí pretende facilitar al niño este aprendizaje. La efectividad del mismo y la rapidez para conseguir el éxito depende básicamente de su colaboración. Posiblemente, al principio, a ustedes les supondrá un gran esfuerzo llevarlo a la práctica, pero solamente si siguen las instrucciones tal como se exponen conseguiremos el objetivo deseado.

El programa consta de dos fases:

FASE I : ENTRENAMIENTO INTENSIVO

Esta fase se lleva a cabo únicamente durante el primer día de entrenamiento, por la tarde y por la noche.

A) POR LA TARDE

Cuando el niño llegue del colegio se iniciará una sesión de Entrenamiento en Retención Voluntaria de la orina:

- 1.- Se pide al niño que vaya a hacer pis al water aunque no tenga ganas.
- 2.- Después se le anima a beber aproximadamente medio litro (dos vasos) de su bebida favorita (leche, fanta, agua, etc.). Para aumentar su necesidad de beber se le puede dar alimentos salados (patatas fritas, jamón, etc.) en la merienda.
- 3.- Explicar al niño que cuando tenga muchas ganas de hacer pis, lo diga en voz alta, pero sólo cuando tenga verdadera necesidad. Pueden preguntarle cada media hora a modo de recordatorio.
- 4.- Cuando el niño diga que tiene "muchas ganas de orinar"

- (a) Le piden que resista un poco antes de hacer pis, 4 ó 5 minutos, o menos si no aguanta ese tiempo.
- (b) Alaben al niño por haber guantado la orina durante esos minutos, inmediatamente antes de orinar. Por ejemplo: "muy bien", "es estupendo", etc.
- (c) Al ir a hacer pis díganle que comience a orinar, pare la orina y continúe, así hasta que termine de orinar.
- (d) Vds. anotarán en la hoja de registro el tiempo de espera (retención), y la cantidad de orina.

5.- Después de orinar deben ofrecerle más bebida, animándole a que la beba (un vaso).

6.- La próxima vez que el niño diga que tiene ganas de orinar, los padres :

- (a) Le piden que aguante 2 minutos más que la vez anterior. Observen en el registro lo que resistió la primera vez y añadan 2 minutos. Por ejemplo: si resistió 5 minutos, pídanle que aguante hasta 7 minutos.
- (b) Si el niño no resistiera, en la segunda vez, lo que se le pide, anoten el tiempo que aguanta e incrementen 2 minutos la vez siguiente.
- (c) Felicitenlo por aumentar el tiempo de retención, inmediatamente antes de orinar.
- (d) El niño empieza a orinar, corta, sigue hasta que termine.
- (e) Muestran a su hijo los progresos que va consiguiendo, enseñándole la hoja de registro.

7.- En veces sucesivas, sigan el mismo procedimiento: Aumenten cada vez 2 minutos, el tiempo de espera alcanzado la vez anterior, hasta un máximo de 30 minutos, periodo que se mantiene si el niño pidiera orinar alguna otra vez.

8.- Recuerden que deben animarlo a beber un vaso de su bebida favorita después de cada vez que orine y que siempre debe de orinar de la manera siguiente: Comenzar - cortar - seguir, repitiendo el ciclo hasta que termine, con el fin de que ensaye el control voluntario sobre su orina.

9.- Motivar al niño a tener la cama seca:

- (a) Los padres comentan con el niño las molestias que le causa hacerse pis en la cama, por ejemplo: no poder ir a dormir a casa de un amigo, no poder ir a campamentos, usar plásticos, etc.
- (b) Los padres establecen un pacto (contrato) con el niño diciéndole que cada noche que no se haga pis recibirá un vale que podrá cambiar por cosas, según se explique en la consulta.
- (c) Los padres colocan con el niño una hoja de calendario grande en un lugar visible de su cuarto. Le explicarán que en ella podrá ir anotando sus progresos. El niño, cada mañana, si no se ha hecho pis hará un redondel con rotulador rojo en el día correspondiente.

B) UNA HORA ANTES DE IRSE A LA CAMA

- 1.- Los padres explican al niño todos los pasos y fases del entrenamiento.
- 2.- Se coloca el aparato de alarma en la cama en presencia del niño.
- 3.- El niño ensaya ir al baño. Debe de realizar durante 15 veces los siguientes ejercicios:
 - (a) El niño se acuesta en la cama, con el pijama y como si estuviera dormido, con las luces apagadas.
 - (b) Cuenta hasta cincuenta.
 - (c) Enciende la luz, se levanta y va al baño donde intenta orinar.
 - (d) Regresa a la cama, apaga la luz y comienza de nuevo a contar.
 - (4) Los pasos (a), (b), (c) y (d), debe realizarlos 15 veces seguidas mientras los padres cuentan los paseos.

C) EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE

- 1.- Se anima al niño a beber líquido, la bebida que más le guste (leche, agua, etc.) en una cantidad aproximada de 1/4 de litro (un vaso).
- 2.- Los padres piden al niño que repita en voz alta lo que él tiene que hacer si suena la alarma y la cama está mojada.

3.- Los padres comentan con el niño las "ventajas" que supone no mojar la cama; por ejemplo : no tener que cambiar sábanas, ni hacer ejercicios, etc. Le dicen que están seguros de que esa noche no se hará pis en la cama.

4.- El niño se dispone a dormir.

D) DESPERTAR AL NIÑO CADA HORA DURANTE ESA NOCHE

1.- Despertar al niño tocándolo con suavidad. Si no se despierta se le puede sentar en la cama moviéndolo suavemente. Pero lo importante es que el niño aprenda a despertarse con un ligero toque.

2.- Inmediatamente después, el niño se levanta y va al baño. Los padres le recuerdan que debe ir enseguida para no mojar la cama.

3.- En la puerta del baño, antes de hacer pis, se le pregunta si es capaz de aguantarse una hora más sin hacer pis:

(a) Si el niño no puede aguantar:

- orina en el water
- a continuación los padres lo alaban porque está haciendo pis en el water que es el lugar correcto y, de este modo, no mojará la cama.
- El niño vuelve a la cama.

(b) Si el niño puede aguantarse durante una hora más:

- Los padres lo felicitan por controlar la orina.

4.- Al volver a la cama, se pide al niño que compruebe si las sábanas, están secas. Debe tocarlas y comentarlo en voz alta.

5.- Los padres alaban al niño por tener la cama seca y lo animan a mantenerla de este modo durante la siguiente hora.

6.- Se le anima a beber de nuevo la bebida que más le guste (un vaso)

7.- Vuelve a dormir.

E) ¿QUE HACER SI SE ORINA ESA NOCHE?

1.- Como habrá sonado la alarma, si el niño no la desconecta enseguida, los padres la apagarán.

2.- Reprenden al niño "verbalmente" por haber mojado la cama.

- 3.- Inmediatamente lo llevan al baño para que termine de orinar en el water.
- 4.- Se indica al niño que debe realizar Entrenamiento en Hábitos de Limpieza :
 - (a) Lavarse en el bidet
 - (b) Cambiarse el pijama
 - (c) Quitar las sábanas mojadas y llevarlas hasta el cesto de la ropa sucia.
 - (d) Se le proporcionan sábanas limpias para que haga la cama.
 - (e) Se coloca de nuevo la alarma y se conecta.
- 5.- Inmediatamente después el niño vuelve a ensayar durante 15 veces seguidas ir al baño, del mismo modo que hizo antes de acostarse: contar hasta 50, levantarse e ir al W.C., intentar orinar en él, volver a la cama.
- 6.- Se le recuerda que estos paseos los debe realizar también a la noche siguiente, antes de acostarse.

FASE II : ENTRENAMIENTO POSTERIOR =====

Esta fase comienza a la noche siguiente de realizado el entrenamiento intensivo y se mantiene hasta que el niño consiga 14 noches consecutivas secas.

A) ANTES DE ACOSTARSE

- 1.- Colocar el aparato de alarma en la cama
- 2.- Si el niño se orinó alguna vez la noche anterior, debe realizar 15 veces seguidas los ensayos de ir al baño (acostarse, contar hasta 50, ir al W.C., etc.).
- 3.- Se recuerda al niño que debe permanecer seco y que si se orina deberá realizar los hábitos de limpieza (cambiar su pijama, las sábanas y hacer la cama de nuevo) además de los ensayos de ir al W.C. (15 veces, contar hasta 50, ir al W.C., etc.).
- 4.- El niño repite las instrucciones en voz alta con el fin de recordárselas.

B) LIMPIEZA DURANTE LA NOCHE

- 1.- Antes de acostarse los padres, levantan al niño y lo mandan ir al baño para que orine (aproximadamente entre 12 y 1 de la madrugada).
- 2.- Después de cada noche seca, los padres levantan al niño 30 minutos antes que el día anterior. Por ejemplo: si lo despertaron a las 12 y no se hizo pis esa noche, a la noche siguiente lo levantan a las 11,30.
- 3.- Dejan de levantar al niño cuando al ir reduciendo de 30 en 30 minutos, coincide con que ha transcurrido menos de una hora — desde que se acostó.

C) SI EL NIÑO SE ORINA

- 1.- Desconectar la alarma, si él no lo hace primero, conducirlo inmediatamente al baño a terminar de orinar. Enseguida mandarle realizar Entrenamiento en Limpieza (cambiar el pijama, sábanas, hacer la cama) y Práctica en ir al baño (15 veces: acostarse, contar hasta 50, etc.). Los paseos al baño debe realizarlos — también la noche siguiente antes de acostarse.

D) DESPUES DE UNA NOCHE SECA

- 1.- Despertar al niño 1/4 de hora antes por la mañana.
 - (a) Los padres alaban al niño por no haber mojado la cama.
 - (b) Le dicen que disfrute de estar en la cama cuando está seca, y por qué no debe ocuparse de la limpieza ni hacer paseos al baño. Comenten los éxitos que vaya consiguiendo teniendo como referencia el calendario.
 - (c) Comenten su éxito con los familiares, amigos y visitantes preferidos del niño.
 - (d) Alábenlo por ello al menos tres veces al día.

NOTA : Continuarán en esa fase hasta que se les indique lo contrario. Se pretende mantener dicho programa hasta que haya - mos conseguido al menos 14 noches consecutivas sin que el niño se orine en la cama.

No alteren ni modifiquen nada. Sigán las instrucciones. - En caso de duda, consulten por teléfono o en las visitas - acordadas previamente.

CAMBIO DE VALESREFUERZOS SELECCIONADOS

- 1 Vale :
- 2 Vales :
- 3 Vales :
- 5 Vales :
- 7 Vales :
- 9 Vales :
- 12 Vales :
- 14 Vales :

INTRUCCIONES PARA LA UTILIZACION DEL APARATO DE ALARMA

DESCRIPCION DEL APARATO

Este aparato lleva en su interior un detector de humedad que es activado con la orina haciendo sonar un timbre. No existe ningún riesgo en su uso, funciona con pilas como los transistores, de una tensión máxima de 9 voltios. No debe hacerse ninguna conexión a la red eléctrica.

Junto con el aparato se proporcionan dos láminas de aluminio. Para que el aparato funcione, coloque las pinzas en cada una de las láminas de aluminio, donde la cinta está recortada, accione el interruptor en posición de encendido (ON). Mientras las esterillas permanezcan secas, la alarma no sonará, pero si el niño se orina, el detector de humedad pondrá en funcionamiento el timbre, que seguirá sonando hasta que se apague el interruptor.

Compruebe cómo funciona el aparato utilizando agua con sal antes de colocarlo en la cama del niño.

PREPARACION DE LA CAMA

Coloque las esterillas en el lugar de la cama donde el niño se orine, (ver dibujo adjunto). Haga la cama de la manera siguiente:

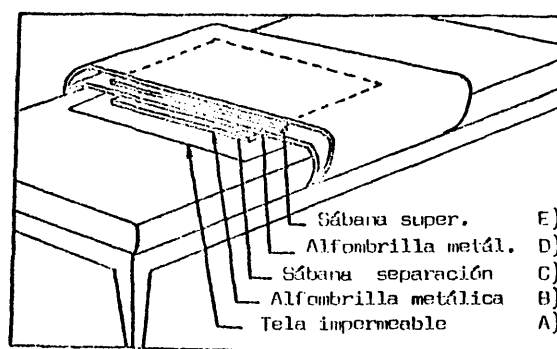
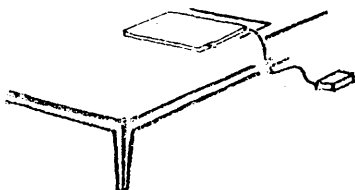
- A) Tela impermeable o plástico que protege el colchón
- B) Esterilla metálica.

- C) Trozo de sábana de franela o algodón, de una dimensión mayor - que las esterillas, de forma que las separe y aisle adecuadamente. Procure que sea de una anchura superior a la de la cama para poderla recoger entre el colchón y el somier, de modo que la esterilla no se mueva durante la noche.

Procure que la sábana que separa ambas esterillas no sea excesivamente delgada para evitar que puedan tocarse entre sí - accidentalmente.

- D) Esterilla encima de la sábana de separación, colocada en el mismo lugar que la anterior.
- E) Sábana inferior normal que permita pasar la orina rápidamente. Recoja la sábana entre el colchón y el somier de modo que ambas esterillas queden bien sujetas.
- F) Coloque las pinzas en las esterillas, cada pinza en una esterilla, pero en lados contrarios.
- G) Conecte el aparato cuando el niño se disponga a dormir.

ESQUEMA DE COMO PREPARAR LA CAMA



FALLOS EN EL APARATOA) SI LA ALARMA NO SUENA :

Si la alarma no sonara y el niño se hubiera hecho pis, compruebe que todo está en orden, puede ser que las esterillas no estén bien colocadas, que las pinzas no estén en su sitio, que el interruptor no esté activado o que las pilas se hayan gastado. Si no hubiera un motivo claro que explique el hecho, pónganse en contacto con nosotros.

B) SI LA ALARMA SUENA Y LA CAMA ESTA SECA

Cuando esto ocurre, normalmente es debido a que las esterillas se tocan entre sí, bien porque no está bien colocada la sábana de separación, bien porque existe algún hilo que traspasa dicha sábana.

La alarma es muy sensible y puede activarse también si el niño suda demasiado y el sudor traspasa la sábana de separación. Si este es el caso de su hijo, procure utilizar una sábana separadora más gruesa.

Las pilas que lleva el aparato suelen durar mucho tiempo, el suficiente para un tratamiento. Si necesitaran cambiarlas, quiten los dos tornillos de la caja, observen cómo están colocadas las pilas y pónganlas exactamente igual.

Las pilas que lleva el aparato son : de 6 voltios TXIMIST 4 R 25.

N O T A : NO OLVIDE DESCONECTAR EL APARATO DURANTE EL DIA.

TABLA Nº 26 .- GRUPO 2 (E.C.S. 2). INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES
=====

ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA, ELIMINADO EL COMPONENTE DE LA ALARMA
=====

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA ENURESIS NOCTURNA

224

D.B.T. - 2 (M.C. Bragado, 1981)

INSTRUCCIONES

Para que el niño aprenda a controlar la orina durante la noche, debe de aprender e integrar un conjunto de habilidades bastante complejas, tales como:

- (a) Aprender a distinguir la diferencia entre sensaciones que se producen cuando la vejiga está llena o semillena.
- (b) Aprender a retener la orina durante un periodo de tiempo, cuando se produzcan estas sensaciones y la necesidad de orinar.
- (c) Aprender a despertarse ante dichas sensaciones antes de que se dispare el reflejo de orinar.
- (d) Aprender a orinar en el lugar adecuado cuando sienta ganas de orinar.

El programa que le presentamos a continuación, pretende facilitar al niño este aprendizaje. La efectividad del mismo y la rapidez para conseguir el éxito depende básicamente de su colaboración. Posiblemente, al principio, a Vds. les supondrá un gran esfuerzo llevarlo a la práctica, pero solamente si siguen las instrucciones tal como se exponen, conseguiremos el objetivo deseado.

El programa consta de dos fases: un día de entrenamiento intensivo y una fase de postentrenamiento después de ese día.

FASE I : ENTRENAMIENTO INTENSIVO

Esta fase se lleva a cabo únicamente durante el primer día de entrenamiento, por la tarde y por la noche.

A) POR LA TARDE

Cuando el niño llegue del colegio, se iniciará una sesión de Entrenamiento en Retención voluntaria de la orina.

- 1.- Se le pide al niño que vaya a hacer pis al water aunque no tenga ganas.
- 2.- Después se le anima a beber aproximadamente medio litro (dos vasos) de su bebida favorita (leche, fanta, agua, etc.). Para aumentar su necesidad de beber se le puede dar alimentos salados (patatas fritas, jamón, etc) en la merienda.

- 3.- Explicar al niño que cuando tenga muchas ganas de hacer pis, lo diga en voz alta, pero sólo cuando tenga verdadera necesidad. Pueden preguntarle cada media hora si quiere hacer pis, a modo de recordatorio.
- 4.- Cuando el niño diga que tiene muchas ganas de orinar:
 - (a) Le piden que resista un poco antes de hacer pis, 4 ó 5 minutos, o menos, si no aguanta ese tiempo.
 - (b) Alaben al niño por haber aguantado la orina durante esos minutos, inmediatamente antes de orinar. Por ej.: "muy bien", "es estupendo", etc.
 - (c) Al ir a hacer pis, díganle que comience a orinar, pare la orina, continúe, así hasta que termine.
 - (d) Vds. anotarán en la hoja de registro el tiempo de espera (retención) y la cantidad de orina.
- 5.- Después de orinar deben ofrecerle más bebida, animándole a que la beba (un vaso).
- 6.- La próxima vez que el niño diga que tiene ganas de orinar, los padres:
 - (a) Le piden que aguante 2 minutos más que la vez anterior. Observen en el registro lo que resistió la primera vez y añadan 2 minutos. Por ej.: si resistió 5 minutos, pídanle que aguante hasta 7.
 - (b) Si el niño no resistiera, en la segunda vez, lo que se le pide, anoten el tiempo que aguanta e incrementen en 2 minutos la vez siguiente.
 - (c) Felicítenlo, por aumentar el tiempo de retención, inmediatamente antes de orinar.
 - (d) El niño empieza a orinar, corta, sigue hasta que termine.
 - (e) Muestran a su hijo los progresos que realiza enseñándole la hoja de registro.
- 7.- En veces sucesivas, sigan el mismo procedimiento: Aumenten cada vez 2 minutos el tiempo de espera alcanzado la vez anterior, hasta un máximo de 30 minutos, periodo que se mantiene si el niño pidiera orinar alguna otra vez.
- 8.- Recuerden que deben animarle a beber un vaso de su bebida favorita cada vez que orine y que siempre debe orinar de la manera siguiente: comenzar, cortar, continuar, repitiendo el ciclo hasta que termine, con el fin de que ensaye el control voluntario sobre su orina.

9.- Motivar al niño a tener la cama seca:

- (a) Los padres comentan con el niño las molestias que le causa hacerse pis en la cama, por ejemplo: no poder ir a dormir a casa de un amigo, no poder ir a un campamento, usar plásticos, etc.
- (b) Los padres establecen un pacto (contrato) con el niño diciéndole que cada noche que no se haga pis recibirá un vale, que podrá cambiar por cosas según se especifique en la consulta.
- (c) Los padres colocan con el niño una hoja de calendario grande en un lugar visible de su cuarto. Le explicarán que en ella podrá ir anotando sus progresos. El niño, cada mañana, si no se ha hecho pis, hará un redondel con rotulador rojo en el día correspondiente.

B) UNA HORA ANTES DE IRSE A LA CAMA

- 1.- Los padres explican al niño todos los pasos y fases del entrenamiento.
- 2.- El niño ensaya ir al baño. Debe realizar durante 15 veces los siguientes ejercicios:
 - (a) El niño se acuesta en la cama, con el pijama y como si estuviera dormido, con las luces apagadas.
 - (b) Cuenta hasta 50
 - (c) Enciende la luz, se levanta y va al baño donde intenta orinar.
 - (d) Regresa a la cama, apaga la luz y comienza de nuevo a contar.
 - (e) Los pasos (a), (b), (c) y (d), debe realizarlos 15 veces seguidas mientras los padres cuentan los paseos.

C) EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE

- 1.- Se anima al niño a beber líquido, la bebida que más le guste (leche, agua, fanta, etc.) en una cantidad aproximada a 1/4 de litro (un vaso).
- 2.- Los padres piden al niño que repita en voz alta lo que él tiene que hacer si al llamarlo por la noche la cama está mojada.
- 3.- Los padres comentan con el niño las "ventajas" que supone no mojar la cama; por ejemplo: no tener que cambiar las sábanas, ni hacer ejercicios, etc. Le dicen que están seguros que esa noche no se hará pis en la cama.
- 4.- El niño se dispone a dormir.

D) DESPIERTAR AL NIÑO CADA HORA DURANTE ESA NOCHE- SI LA CAMA ESTA SECA

- 1.- Despertar al niño con suavidad. Si no se despierta se le puede sentar en la cama moviéndolo suavemente. Pero lo importante es que el niño aprenda a despertarse con un ligero toque.
- 2.- Inmediatamente después, el niño se levanta y va al baño. Los padres le recuerdan que debe ir enseguida para no mojar la cama.
- 3.- En la puerta del baño, antes de hacer pis, se le pregunta si es capaz de aguantarse una hora más sin hacer pis:
 - (a) Si el niño no puede aguantar :
 - Orina en el water
 - A continuación los padres lo alaban porque está haciendo pis en el water que es el lugar correcto, y de este modo, no mojará la cama.
 - El niño vuelve a la cama.
 - (b) Si el niño puede aguantarse durante una hora más:
 - los padres lo felicitan por controlar la orina.
- 4.- Al volver a la cama, se pide al niño que compruebe si las sábanas están secas. Debe tocarlas y comentarlo en voz alta.
- 5.- Los padres animan al niño a tener la cama seca y a mantenerla de este modo durante la siguiente hora.
- 6.- Se le anima a beber de nuevo la bebida que más le guste (un vaso)
- 7.- Vuelve a dormir.

- SI LA CAMA ESTA MOJADA :

- 1.- Despiertan al niño con suavidad, y lo reprenden "verbalmente" por haber mojado la cama.
- 2.- Inmediatamente lo llevan al baño, bien para que termine de orinar, bien para que lo intente de nuevo si acabó de orinar en la cama.
- 3.- Seguidamente, se indica al niño que debe realizar Entrenamiento en Hábitos de limpieza:
 - a) Lavarse en el bidét
 - b) Cambiarse el pijama
 - c) Quitar las sábanas mojadas y llevarlas hasta el cesto de la ropa sucia.
 - d) Se le proporcionan sábanas limpias para que él mismo haga la cama.

- 4.- Inmediatamente después el niño vuelve a ensayar durante 15 veces seguidas ir al baño, del mismo modo que hizo antes de acostarse: contar hasta 50, levantarse e ir al W.C., intentar orinar en él, volver a la cama.
- 5.- Se le recuerda que estos paseos los debe realizar también a la noche siguiente, antes de acostarse.

FASE II : ENTRENAMIENTO POSTERIOR

=====

Esta fase comienza a la noche siguiente en que se ha realizado el entrenamiento intensivo y se mantiene hasta que el niño consiga 14 noches consecutivas secas.

A) ANTES DE ACOSTARSE

- 1.- Si el niño se orinó alguna vez la noche anterior, debe realizar 15 veces seguidas los ensayos de ir al baño (acostarse, contar hasta 50, ir al W.C., etc.)
- 2.- Se recuerda al niño que si se orina deberá realizar los hábitos de limpieza (lavarse, cambiar su pijama, las sábanas y hacer la cama de nuevo) además de los ensayos de ir al baño (15 veces, contar hasta 50, ir al W.C., etc.) Se le anima a permanecer seco.
- 3.- El niño repite las instrucciones en voz alta con el fin de recordarlas

B) LIMPIEZA DURANTE LA NOCHE

- 1.- Los padres comprueban si el niño está seco o mojado cada hora, desde que el niño se acuesta hasta la una de la madrugada.
- 2.- Si en alguno de esos momentos la cama está mojada :
 - (a) Lo despiertan y lo reprenden verbalmente.
 - (b) Lo llevan al servicio para que termine de orinar o lo intente de nuevo.
 - (c) Inmediatamente después debe realizar Entrenamiento en Limpieza (lavarse, cambiarse de pijama, cambiar las sábanas, hacer la cama, etc.)
 - (d) Después comenzará a ensayar paseos al baño (15 veces, acostarse, contar hasta 50, ir al W.C., etc.)

3.- Si durante las comprobaciones realizadas hasta la una de la madrugada, el niño estuviera seco, lo despiertan a esa hora:

- (a) Los padres lo alaban por estar seco
- (b) Lo acompañan al W.C. para que haga pis.
- (c) Lo alaban por hacer pis en el water y lo animan a permanecer seco el resto de la noche.

4.- Después de cada noche seca, las inspecciones nocturnas (cada hora hasta la una de la madrugada) se van disminuyendo de 30 en 30 minutos. Por ejemplo: Después de la primera noche seca, comprueban la cama hasta las 12,30, la segunda noche hasta las 12, etc., hora en que despertarán al niño, si en las comprobaciones anteriores está seco, para que vaya a orinar. En caso de estar mojado, lo despiertan y proceden como se indica en el apartado (2).

5.- Dejan de despertarlo cuando al ir reduciendo 30 minutos cada noche seca coincida con que ha transcurrido una hora desde que se acostó.

C) POR LA MAÑANA

1.- Los padres comprueban la cama cada mañana, $\frac{1}{2}$ hora antes de levantarlo.

2.- Si la cama está seca :

- (a) los padres alaban al niño por no mojar la cama y le dan un vale
- (b) Le dejan permanecer en la cama durante esa media hora para que disfrute por estar seco y porque no necesita hacer entrenamiento en limpieza, ni practicar los paseos al baño.

3.- Si la cama está mojada :

- (a) Le reprenden por estar mojado y le recuerdan qué debe hacer en esa media hora : lavarse, retirar el pijama y las sábanas sucias al cesto de la ropa sucia, y hacer la cama.
- (b) Después realizará los ensayos al W.C. (15 veces, acostarse, contar hasta 50, ir al water, etc.)
- (c) Recordarle que esa misma noche y antes de acostarse debe repetir los ensayos al water, durante 15 veces, tal como ya hemos indicado.

NOTA : Continúen en esta fase hasta que hayamos conseguido el objetivo deseado de 14 noches consecutivas secas.

No alteren ni modifiquen nada. Siguen las instrucciones. En caso de duda consulten por teléfono o en las visitas acordadas previamente.

CAMBIO DE VALES :

1 Vale :

2 Vales :

3 Vales :

5 Vales :

7 Vales :

9 Vales :

12 Vales :

14 Vales :

REFUERZOS SELECCIONADOS :

TABLA Nº 27 .- GRUPO 3. (E.C.S. 3) INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES
=====

ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA, ELIMINANDO LOS COMPO -
NENTES DE LA ALARMA Y LA PRACTICA POSITIVA .-
=====

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA ENURESIS NOCTURNA
=====

D. B. T. - 3 - (M.C. Bragado, 1.981)
=====

INSTRUCCIONES
=====

Para que el niño aprenda a controlar la orina durante la noche, debe de aprender e integrar un conjunto de habilidades bastante complejas, tales como:

- a) Aprender a distinguir la diferencia entre las sensaciones que se producen cuando la vejiga está llena o semillena.
- b) Aprender a retener la orina durante un cierto periodo de tiempo, cuando se producen estas sensaciones y la necesidad de orinar.
- c) Aprender a despertarse ante estas sensaciones antes de que se dispare el reflejo de orinar.
- d) Aprender a orinar en el lugar adecuado cuando sienta necesidad de orinar.

El programa que le ofrecemos aquí pretende facilitar al niño este aprendizaje. La efectividad del mismo y la rapidez para conseguir el éxito depende básicamente de su colaboración. Posiblemente, al principio, a Vds. les supondrá un gran esfuerzo llevarlo a la práctica, pero solamente si siguen las instrucciones tal como se exponen, conseguiremos el objetivo deseado.

El programa consta de dos fases: Un día de entrenamiento intensivo y una fase de postentrenamiento después de ese día.

FASE I : ENTRENAMIENTO INTENSIVO
=====

Esta fase se lleva a cabo únicamente durante el primer día de entrenamiento, por la tarde y por la noche.

A) POR LA TARDE

Cuando el niño llegue del colegio, se iniciará una sesión de Entrenamiento en Retención Voluntaria de la orina, que se llevará a cabo hasta el momento de acostarse:

- 1.- Se pide al niño que vaya a hacer pis al water, aunque no tenga ganas.
- 2.- Después se le anima a beber aproximadamente medio litro (dos vasos) de su bebida favorita (leche, fanta, agua, etc.). Para aumentar su necesidad de beber, se le puede dar alimentos salados (patatas fritas, jamón, etc.) en la merienda.

- 3.- Explicar al niño que cuando tenga muchas ganas de hacer pis, lo diga en voz alta, pero sólo cuando tenga verdadera necesidad. Pueden preguntarle cada media hora a modo de recordatorio.
- 4.- Cuando el niño diga que tiene "muchas ganas de orinar":
 - (a) Le piden que resista un poco antes de hacer pis, 4 ó 5 minutos, o menos si no aguanta ese tiempo.
 - (b) Alaben al niño por haber aguantado la orina durante esos minutos, inmediatamente antes de orinar. Por ejemplo: "muy bien", "es estupendo", etc.
 - (c) Al ir a hacer pis, díganle que comience a orinar, pare la orina y continúe, así hasta que termine de orinar.
 - (d) Vds. anotarán en la hoja de registro el tiempo de espera (retención) y la cantidad de orina.
- 5.- Después de orinar deben ofrecerle más bebida, animándole a que la beba (un vaso).
- 6.- La próxima vez que el niño diga que tiene ganas de orinar, los padres:
 - (a) Le piden que aguante dos minutos más que la vez anterior. Observen en el registro lo que resistió la primera vez y añadan dos minutos. Por ejemplo: Si resistió 5 minutos, pídanle que aguante hasta 7 minutos.
 - (b) Si el niño no resistiera, en la segunda vez, lo que se le pide, anoten el tiempo que aguanta e incrementen dos minutos a la vez siguiente.
 - (c) Felicitenlo por aumentar el tiempo de retención, inmediatamente antes de orinar.
 - (d) El niño empieza a orinar, corta, sigue hasta que termine.
 - (e) Muestran a su hijo los progresos que va consiguiendo, enseñándole la hoja de registro.
- 7.- En veces sucesivas, sigan el mismo procedimiento: Aumenten cada vez dos minutos, el tiempo de espera alcanzado la vez anterior, hasta un máximo de 30 minutos, periodo que se mantiene si el niño pidiera orinar alguna otra vez.
- 8.- Recuerden que deben animarlo a beber un vaso de su bebida favorita después de cada vez que orine y que siempre debe de orinar de la manera siguiente: Comenzar - cortar - seguir, repitiendo el ciclo hasta que termine, con el fin de que ensaye el control voluntario sobre su orina.

9.- Motivar al niño a tener la cama seca:

- (a) Los padres comentan con el niño las molestias que le causa hacerse pis en la cama, por ejemplo, no poder ir a campamentos, no poder ir a dormir a casa de un amigo, usar plásticos, etc.
- (b) Los padres establecen un pacto (contrato) con el niño diciéndole - que cada noche que no se haga pis recibirá un vale, que podrá canjear por cosas según se establezca en la consulta.
- (c) Los padres colocan con el niño una hoja de calendario grande en un lugar visible de su cuarto. Le explicarán que en ella podrá ir anotando sus progresos. El niño, cada mañana, si no se ha hecho pis - hará un redondel con rotulador rojo en el día correspondiente.

B) EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE

- 1.- Se anima al niño a beber líquido, la bebida que más le guste (leche, - agua, etc.) en una cantidad aproximada a un cuarto de litro (un vaso).
- 2.- Los padres explican al niño los pasos del entrenamiento.
- 3.- Los padres piden al niño que repita en voz alta lo que él tiene que hacer si al llamarlo por la noche la cama está mojada.
- 4.- Los padres comentan con el niño las "ventajas" que supone no mojar la cama, por ejemplo: no tener que cambiar las sábanas, estar seco toda la noche, etc. Le dicen que están seguros que esa noche no se hará pis.
- 5.- El niño se dispone a dormir.

C) DESPERTAR AL NIÑO CADA HORA DURANTE ESA NOCHE- SI LA CAMA ESTA SECA :

- 1.- Despertar al niño con suavidad. Si no se despierta se le puede sentar en la cama, moviéndolo suavemente. Pero lo importante es que el niño aprenda a despertarse con un ligero toque.
- 2.- Inmediatamente después, el niño se levanta y va al baño. Los padres le recuerdan que debe ir enseguida para no mojar la cama.
- 3.- En la puerta del baño, antes de hacer pis, se le pregunta si es capaz de aguantarse una hora más sin hacer pis:
 - (a) Si el niño no puede aguantar:
 - Orina en el water
 - A continuación los padres lo alaban porque está haciendo pis en el water que es el lugar correcto, y de este modo no mojará la cama.
 - El niño vuelve a la cama.

(b) Si el niño puede aguantarse durante una hora más:

- Los padres lo felicitan por controlar la orina.

4.- Al volver a la cama, se pide al niño que compruebe si las sábanas están secas. Debe tocarlas y comentarlo en voz alta.

5.- Los padres animan al niño a tener la cama seca y a mantenerla de este modo durante la siguiente hora.

6.- Se anima al niño a beber de nuevo la bebida que más le guste (un vaso).

7.- Vuelve a dormir.

- SI LA CAMA ESTA MOJADA :

1.- Despiertan al niño con suavidad, y lo reprenden "verbalmente" por haber mojado la cama.

2.- Inmediatamente lo llevan al baño, bien para que termine de orinar, - bien para que lo intente de nuevo, si acabó de orinar en la cama.

3.- Seguidamente se indica al niño que debe realizar Entrenamiento en hábitos de limpieza :

(a) Lavarse en el bidet

(b) Cambiarse el pijama

(c) Quitar las sábanas mojadas y llevarlas hasta el cesto de la ropa sucia.

(d) Se le proporcionan sábanas limpias para que él mismo haga la cama.

4.- Se le recuerda que si se hace pis de nuevo, deberá realizar otra vez Entrenamiento en Hábitos de Limpieza.

FASE II : ENTRENAMIENTO POSTERIOR

=====

Esta fase comienza a la noche siguiente en que se ha realizado el entrenamiento intensivo y se mantiene hasta que el niño consiga 14 noches consecutivas secas.

A) ANTES DE ACOSTARSE

- 1.- se le recuerda que si se orina de noche deberá realizar Entrenamiento en Hábitos de Limpieza (lavarse, cambiar el pijama, las sábanas, hacer la cama, etc.). Se le anima a permanecer seco.
- 2.- El niño repite las instrucciones en voz alta con el fin de recordarlas.

B) LIMPIEZA DURANTE LA NOCHE

- 1.- Los padres comprueban si el niño está seco o mojado cada hora, desde que se acuesta el niño hasta la una de la madrugada.
- 2.- Si en alguno de esos momentos la cama está mojada:
 - (a) Lo despiertan y lo reprenden verbalmente.
 - (b) Lo llevan al servicio, para que termine de orinar o lo intente de nuevo.
 - (c) Inmediatamente después, debe realizar Entrenamiento en Limpieza (lavarse, cambiarse el pijama, cambiar las sábanas, hacer la cama, etc.)
- 3.- Si durante las comprobaciones realizadas hasta la una de la madrugada, el niño está seco, lo despiertan a esa hora:
 - (a) Los padres lo alaban por estar seco
 - (b) Lo acompañan al W.C. para que haga pis.
 - (c) Lo felicitan por hacer pis en el water y lo animan a permanecer seco el resto de la noche.
- 4.- Después de cada noche seca, las inspecciones nocturnas (cada hora hasta la una de la madrugada) se van disminuyendo de 30 en 30 minutos. Por ejemplo, después de la primera noche seca comprueban la cama hasta las 12,30, hora en que despiertan al niño para ir a hacer pis, la segunda a las 12, etc. Siempre en la última comprobación despertarán al niño, si en las comprobaciones anteriores está seco, en caso contrario lo despertarán en el momento en que lo encuentren mojado, haciendo lo que se indica en el apartado nº 2.
- 5.- Dejan de despertarlo cuando al ir reduciendo 30 minutos cada noche seca coincide con que ha transcurrido una hora desde que se acostó.

C) POR LA MAÑANA

- 1.- Los padres comprueban cada mañana media hora antes de levantarlo.
- 2.- Si la cama está seca :
 - (a) Los padres alaban al niño por no mojar la cama y le dan un vaso.
 - (b) Le dejan permanecer en la cama durante esa media hora para que disfrute por estar seco y porque no necesita hacer Entrenamiento en Hábitos de Limpieza.

3.- Si la cama está mojada:

- (a) Le reprenden por estar mojado y le recuerdan lo que debe de hacer en esa media hora : Entrenamiento en Hábitos de limpieza (lavarse, retirar le pijama y las sábanas sucias al cesto de la ropa sucia, hacer la cama).
- (b) Recuérdele que cada vez que moje la cama deberá hacer Entrenamiento en hábitos de limpieza.

NOTA : Continuen en esta fase hasta que hayamos conseguido el objetivo deseado de 14 noches consecutivas secas.

No alteren ni modifiquen nada. Siguen las instrucciones. En caso de duda, consulten por teléfono o en las visitas acordadas previamente.

CAMBIO DE VALES :REFUERZOS SELECCIONADOS

1 Vale :
 2 Vales :
 3 Vales :
 5 Vales :
 7 Vales :
 9 Vales :
 12 Vales :
 14 Vales :

TABLA Nº 28 .- GRUPO 4. (E.C.S. 4) : INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES

ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA, ELIMINANDO LOS COMPONENTES DE LA ALARMA, LA PRACTICA POSITIVA y EL DESPERTAR ESCALONADO

4. 3. 4

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA ENURESIS NOCTURNA
=====

D. B. T. - 4 - (M.C. Bragado, 1.981)
=====

INSTRUCCIONES

Para que el niño aprenda a controlar la orina durante la noche, debe aprender a integrar un conjunto de habilidades bastante complejas, tales como:

- (a) Aprender a distinguir la diferencia entre sensaciones que se producen cuando la vejiga está llena o semillena.
- (b) Aprender a retener la orina durante un periodo de tiempo, cuando se producen estas sensaciones y la necesidad de orinar.
- (c) Aumentar su capacidad de vejiga de modo que pueda dormir durante la noche entera sin que se orine.

El programa que le presentamos a continuación, pretender facilitar al niño este aprendizaje. La efectividad del mismo y la rapidez para conseguir el éxito depende básicamente de su colaboración. Posiblemente, al principio, a ustedes les supondrá un gran esfuerzo llevarlo a la práctica, pero sólo si siguen las instrucciones tal como se exponen conseguiremos el objetivo deseado.

El programa consta de dos fases: un día de entrenamiento intensivo y una fase de postentrenamiento después de ese día.

FASE I : ENTRENAMIENTO INTENSIVO
=====

Esta fase de entrenamiento se lleva a cabo únicamente durante el primer día de entrenamiento.

A) POR LA TARDE

Cuando el niño llegue del colegio, se iniciará una sesión de Entrenamiento en Retención Voluntaria de la orina, que se llevará a cabo hasta el momento de acostarse:

- 1.- Se pide al niño que vaya a hacer pis al water, aunque no tenga ganas.
- 2.- Después se le anima a beber aproximadamente medio litro (dos vasos) de su bebida favorita (leche, fanta, agua, etc.). Para aumentar su necesidad de beber, se le puede dar alimentos salados (patatas fritas, jamón, etc.) en la merienda.

- 3.- Explicar al niño que cuando tenga muchas ganas de hacer pis, lo diga en voz alta, pero sólo cuando tenga verdadera necesidad. Pueden preguntarle cada media hora a modo de recordatorio.
- 4.- Cuando el niño diga que tiene "muchas ganas de orinar":
 - (a) Le piden que resista un poco antes de hacer pis, 4 ó 5 minutos, o menos si no aguanta ese tiempo.
 - (b) Alaben al niño por haber aguantado la orina durante esos minutos, inmediatamente antes de orinar. Por ejemplo: "muy bien", "es estupendo", etc.
 - (c) Al ir a hacer pis, díganle que comience a orinar, pare la orina y continúe, así hasta que termine de orinar.
 - (d) Vds. anotarán en la hoja de registro el tiempo de espera (retención) y la cantidad de orina.
- 5.- Después de orinar deben ofrecerle más bebida, animándole a que la beba (un vaso).
- 6.- La próxima vez que el niño diga que tiene ganas de orinar, los padres:
 - (a) Le piden que aguante dos minutos más que la vez anterior. Observen en el registro lo que resistió la primera vez y añadan dos minutos. Por ejemplo, si resistió 5 minutos, pídanle que aguante hasta 7 minutos.
 - (b) Si el niño no resistiera, en la segunda vez, lo que se le pide, anoten el tiempo que aguanta e incrementen dos minutos a la vez siguiente.
 - (c) Felicítlenlo por aumentar el tiempo de retención, inmediatamente antes de orinar.
 - (d) El niño empieza a orinar, corta, sigue hasta que termine.
 - (e) Muestran a su hijo los progresos que va consiguiendo, enseñándole la hoja de registro.
- 7.- En veces sucesivas, sigan el mismo procedimiento: Aumenten cada vez dos minutos, el tiempo de espera alcanzado la vez anterior, hasta un máximo de 30 minutos, periodo que se mantiene si el niño páidiera orinar alguna otra vez.
- 8.- Recuerden que deben animarlo a beber un vaso de su bebida favorita - después de cada vez que orine y que siempre debe de orinar de la manera siguiente: Comenzar - cortar - seguir, repitiendo el ciclo hasta que termine, con el fin de que ensaye el control voluntario sobre su orina.

9.- Motivar al niño a tener la cama seca:

- (a) Los padres comentan con el niño las molestias que le causa hacerse pis en la cama, por ejemplo, no poder ir a campamentos, no poder ir a dormir a casa de un amigo, usar plásticos, etc.
- (b) Los padres establecen un pacto (contrato) con el niño diciéndole que cada noche que no se haga pis recibirá un vale, que podrá cambiarse por cosas, según se establezca en la consulta.
- (c) Los padres colocan con el niño una hoja de calendario grande en un lugar visible de su cuarto. Le explicarán que en ella podrá ir anotando sus progresos. El niño, cada mañana, si no se ha hecho pis, hará un redondel con rotulador rojo en el día correspondiente.

B) EN EL MOMENTO DE ACOSTARSE

- 1.- Los padres explican al niño lo que se pretende con este entrenamiento, le dicen que si se hace pis él tendrá que ocuparse de su propia limpieza, etc.
- 2.- Los padres preguntan al niño si ha comprendido el objetivo y le piden que lo repita en voz alta con el fin de asegurar su comprensión.
- 3.- Los padres comentan con el niño las "ventajas" que supone el no mojar la cama. Por ejemplo: estar seco toda la noche, no tener que cambiar las sábanas, poder ir a dormir a casa de alguien, etc. Le animan a permanecer seco durante toda la noche y le dicen que están seguros de que lo conseguirá.

C) POR LA MAÑANA

Despiertan al niño media hora antes de lo habitual:

- SI LA CAMA ESTA MOJADA :

- 1.- Despiertan al niño y lo reprenden "verbalmente" por haber mojado la cama.
- 2.- Inmediatamente el niño debe realizar en esa media hora Entrenamiento en hábitos de limpieza:
 - (a) Lavarse en el bidet.
 - (b) Retirar el pijama y las sábanas mojadas al cesto de la ropa sucia.
 - (c) Hacer su cama.

- 3.- Explíquense que cada noche que moje la cama debe realizar él sólo estas tareas.

- SI LA CAMA ESTA SECA

- 1.- Los padres felicitan al niño por estar seco y le dan un - vale.
- 2.- Le dejan permanecer en la cama durante esa media hora para que disfrute por estar seco y porque no necesita realizar los hábitos de limpieza.

FASE II : ENTRENAMIENTO POSTERIOR

Esta fase comienza al día siguiente en que se ha realizado el Entrenamiento Intensivo y se mantiene hasta que el niño consiga 14 noches consecutivas secas.

A) ANTES DE ACOSTARSE

- 1.- Aproximadamente tres horas antes de acostarse, el niño debe realizar un ejercicio de Entrenamiento en Retención voluntaria (del mismo modo que se hizo en la fase primera, por la tarde).
 - (a) Se pide al niño que vaya al water a hacer pis.
 - (b) Seguidamente, se le anima a beber $\frac{1}{2}$ litro de su bebida favorita (dos vasos aproximadamente).
 - (c) Los padres piden al niño que cuando tenga ganas de hacer pis (muchas ganas) lo diga en voz alta antes de ir al baño.
- 2.- Cuando el niño diga que tiene muchas ganas de hacer pis:
 - (a) Le piden que resista dos minutos más de lo que aguantó - el día anterior, la última vez que se practicó el entrenamiento en retención. Miren el registro para comprobarlo.
 - (b) Los padres lo felicitan por resistir más tiempo, antes de que haga pis y anotan el nuevo tiempo en la hoja de registro. Recuerden que el tiempo máximo son 30 minutos.

Si el niño ya hubiera alcanzado este tiempo, lo mantienen en los días sucesivos.

- (c) El niño comienza a orinar, corta, sigue, corta, etc. así hasta que acabe de orinar.
- (d) El niño debe hacer pis en un recipiente graduado, siempre que haga estos ejercicios. Anoten la cantidad de orina y enseñen a su hijo los progresos que va realizando mostrándole la hoja de registro.

3.- Los pasos 1 y 2 se realizarán todos los días mientras dura esta fase de entrenamiento. No dejen de hacerlo ningún día.

B) A LA HORA DE IR A LA CAMA

- 1.- Se le recuerda que si se orina, por la mañana deberá realizar - Entrenamiento en Hábitos de Limpieza (lavarse, cambiar el pijama, etc.).
- 2.- Los padres lo animan a permanecer seco.

C) POR LA MAÑANA

- 1.- Los padres lo despiertan media hora antes de lo habitual y comprueban cómo está la cama:
- 2.- Si la cama está seca :
 - (a) Los padres alaban al niño por estar seco y le dan un vale.
 - (b) Lo dejan permanecer en la cama durante esa media hora para que disfrute por estar seco y porque no debe realizar Entrenamiento en Hábitos de Limpieza.
- 3.- Si la cama está mojada:
 - (a) Los padres le reprenden verbalmente por estar mojado. - Los padres le recuerdan lo que debe hacer en esa media hora: Entrenamiento en Hábitos de Limpieza (lavarse en el bidet, retirar el pijama y las sábanas al cesto de la ropa sucia, hacer la cama.).
 - (b) Recuérdense que cada vez que moje la cama, deberá hacer estas mismas tareas.

N O T A : Continuen en esta fase hasta que hayamos conseguido el objetivo de 14 noches consecutivas secas.

No alteren ni modifiquen nada. Siguen las instrucciones. En el caso de duda, llamen por teléfono o consulten en las visitas previamente fijadas.

CAMBIO DE VALESREFUERZOS SELECCIONADOS

- 1 Vale :
- 2 Vales :
- 3 Vales :
- 5 Vales :
- 7 Vales :
- 9 Vales :
- 12 Vales :
- 14 Vales :

5.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES
=====

5.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

=====

- 5.1.- ANALISIS SOBRE EL EFECTO DE LOS COMPONENTES QUE OPERABAN EN LAS CUATRO FORMAS DE TRATAMIENTO EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES. FRECUENCIA DE ENURESIS, CAPACIDAD DE VESIGA Y DESPERTAR.
- 5.1.1.- Análisis de las posibles diferencias entre los grupos experimentales en la Línea de Base.
- 5.1.2.- Diferencias Intragrupos entre las Medidas Pre y Postexperimentales.
- 5.1.3.- Relaciones entre los distintos indicadores de las variables dependientes.
- 5.1.3.1.- Relaciones entre la estimación de los padres sobre frecuencia de enuresis y las medidas obtenidas en la Línea de Base.
- 5.1.4.- Diferencias intergrupos en las tres variables dependientes
- 5.2.- ANALISIS SOBRE LA EFICACIA DE LOS COMPONENTES IMPLICADOS EN CADA UNO DE LOS TRATAMIENTOS.
- 5.2.1.- Porcentaje de sujetos que obtiene el criterio inicial de éxito.

5.2.2.- Duración del Tratamiento.

5.2.3.- Frecuencia de aparición de la conducta problema (enuresis) durante el tratamiento.

5.2.4.- Mantenimiento de la continencia durante el seguimiento.

5.3.- PERCEPCION DE ASPECTOS MOLESTOS DEL PROCEDIMIENTO EXPERI-
MENTAL.

5.1.- ANALISIS SOBRE EL EFECTO DE LAS CUATRO FORMAS DE TRATAMIENTO
 EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES: FRECUENCIA DE ENURESIS, CAPA
 CIDAD DE VEJIGA Y DESPERTAR
 =====

5.1.1.- Análisis de posibles diferencias entre los grupos experi-
mentales en la Línea de Base.

Los resultados obtenidos a través de los registros efectuados por los padres durante la Línea de Base, se encuentran recogidos en la TABLA Nº 29. Sin embargo, como los grupos experimentales únicamente habían sido igualados respecto a la variable sexo, se llevó a cabo un análisis de varianza para determinar si existían diferencias entre ellos respecto a las medidas de las tres variables dependientes en la Línea de Base.

El citado análisis que se realizó con cada una de las medidas, reveló que no existían diferencias significativas entre los cuatro grupos experimentales en ninguna de las variables dependientes. En todos los casos, excepto en la variable despertar, donde la F alcanzó el valor más alto (2,81, $P > 0.05$), la razón "F" resultó inferior a $P > 0.10$ (ver TABLAS Nºs. 30, 31, 32, 33, 34 y 35). Idénticos resultados obtuvimos con la prueba de BARTLETT (1937) de homogeneidad de la varianza, en la que el contraste estadístico "C" fue siempre menor a $P > .10$, indicando con ello que los grupos eran suficientemente homogéneos entre sí, antes de iniciar la fase de tratamiento.

Con el fin de comprobar si los sujetos enuréticos difieren en capacidad funcional de vejiga respecto a los no enuréticos (grupo control), como parecen indicar los estudios realizados en este campo (STARFIELD, 1967; ESPERANCA y GERRARD, 1969; TROUP y HODGSON, 1971; ZALESKI y Cols., 1973), realizamos comparaciones entre medias (pruebas "t") entre los grupos experimentales y el control, en esta variable.

Los resultados de tales comparaciones (ver TABLA Nº 36) indicaron que los cuatro grupos experimentales difieren significativamente del control en dos de los tres indicadores utilizados por nosotros para medir la capacidad de vejiga: cantidad media (1), cantidad máxima (2) de orina evacuada en 48 horas y frecuencia de micción diurna (3) registrada durante una semana. Los sujetos enuréticos de nuestro estudio muestran una capacidad funcional de vejiga menor que los no enuréticos en lo que se refiere a la cantidad de orina evacuada (media o máxima) en el mismo periodo de tiempo.

Las diferencias alcanzan un nivel de significación mayor ($P < 0.005$; $P < 0.01$; $P < 0.02$ y $P < 0.02$ en los cuatro grupos de enuréticos, respectivamente) respecto a la cantidad media de orina, y resultan algo inferiores ($P < 0.02$; $P < 0.02$; $P < 0.05$; y $P < 0.05$) en cuanto a la cantidad máxima. En esta última, las diferencias y niveles de significación encontrados por nosotros son menores que los publicados por ESPERANCA y GERRARD (1969) (ver apartado 2.2. TABLA Nº 3 de este trabajo) con niños enuréticos y no enuréticos de las mismas edades que nuestros sujetos.

La tercera medida, Frecuencia de Micción Diurna, no arrojó diferencias significativas entre los grupos experimentales y el control. En todos los casos, el nivel de significación alcanzado fue inferior a $P = 0.10$. Lo anterior parece sugerir que la frecuencia con que los niños orinan durante el día no parece un buen indicador de la capacidad funcional de vejiga, a pesar de que la relación entre esta variable y la cantidad media de orina ($r = -0.47$) era estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Posiblemente, en la frecuencia de micción diurna interviene, no solamente una mayor o menor capacidad de vejiga, sino también una serie de hábitos respecto a las horas y veces en que los niños acostumbran a orinar, independientemente de la necesidad que tengan de hacerlo. Esto anularía las posibles diferencias entre enuréticos y no enuréticos.

TABLA Nº 29 .- LINEA de BASE: MEDIDAS DE FRECUENCIA ENURESIS, CAPACIDAD DE VEJIGA Y DESPERTAR. MEDIAS Y (DES-
VIACIONES TIPICAS) POR SEMANA, EN LOS 4 GRUPOS EXPERIMENTALES Y EL CONTROL (NO ENURETIDOS).-

() Se ha calculado dividiendo el número total de veces noche y semana entre 7 (días)

R U P O S	Veces Semana	Noches Mojadas	Frecuencia () Media Micción Nocturna	Capacidad Media Vejiga	Capacidad Máxima Vejiga	Frecuencia diurna	Despertar Correcto W.C.	
							Veces Semana	% Sujetos
E.C.S.1	11,5 (4,03)	6,62 (0,69)	1,63 (0,57)	77,84 (12,75)	166,62 (37,67)	6,22 (0,86)	0,37 (0,48)	37 %
E.C.S.2	10,25 (5,23)	6 (1,22)	1,44 (0,75)	84,18 (14,58)	157,75 (25,21)	5,8 (0,73)	0,37 (0,69)	25 %
E.C.S.3	9,62 (3,96)	5,25 (1,08)	1,37 (0,56)	95,08 (28,72)	173,12 (50,05)	5,25 (0,74)	0,12 (0,33)	12 %
E.C.S.4	8,87 (2,61)	6,37 (0,69)	1,28 (0,36)	93,19 (21,61)	173,12 (47,23)	5,58 (0,76)	0,37 (0,74)	25 %
CONTROL	—	—	—	144,05 (58,44)	257,5 (105)	5,72 (0,83)	—	—

TABLA Nº 30 .- ANALISIS SOBRE POSIBLES DIFERENCIAS EN NOCHES
 MOJADAS (V.D.1) ENTRE LOS CUATRO GRUPOS EXPE-
 RIMENTALES DURANTE LA LINEA DE BASE
 =====

A) ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	1,63	3	0,54	0,51	0,10
Intragrupo	29,25	28	1,04		
Total	30,88	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0.99
36,8	3	11,34

TABLA Nº 31 .- ANALISIS SOBRE POSIBLES DIFERENCIAS EN FRECUENCIA DE
 MISION NOCTURNA (VECES NOCHE / SEMANA, V.D.1) ENTRE
 LOS 4 GRUPOS EXPERIMENTALES DURANTE LA LINEA DE BASE
 =====

A) ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL

Fuente de Variación	Suma Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	29,62	3	9,87	0,52	0,10
Intragrupo	530,25	28	18,93		
Total	559,87	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTLET (1,937)

C	g.l.	$\chi^2_{0,99}$
3,20	3	11,34

TABLA Nº 32 .- ANALISIS SOBRE POSIBLES DIFERENCIAS EN CAPACIDAD
 \bar{X} DE VEJIGA (V.D.2) ENTRE LOS CUATRO GRUPOS EX -
 PERIMENTALES DURANTE LA LINEA DE BASE.
 =====

A) ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	1,552,82	3	517,60	1,08	0.10
Intragrupo	13,371,23	28	477,54		
Total	14,924,05	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0.99
5,74	3	11,34

TABLA Nº 33 .- ANALISIS SOBRE POSIBLES DIFERENCIAS EN CAPACIDAD
MAXIMA DE VEJIGA (V.D.2) ENTRE LOS CUATRO GRUPOS
EXPERIMENTALES DURANTE LA LINEA DE BASE.-
=====

A) ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL

Fuentes de Variación	Suma de Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	1.119,72	3	373,24	0,19	0,10
Intragrupo	53.979,00	28	1.927,82		
Total	55.098,72	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0,99
3,58	3	11,34

TABLA Nº 34 .- ANALISIS SOBRE POSIBLES DIFERENCIAS EN FRECUENCIA
DE MICCION DIURNA (V.D.₂) ENTRE LOS CUATRO GRUPOS
EXPERIMENTALES DURANTE LA LINEA DE BASE .-
=====

A) ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	4,02	3	1,34	1,94	0,10
Intragrupo	19,41	28	0,69		
Total	23,43	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0,99
0,19	3	11,34

TABLA Nº 35 .-- ANÁLISIS DE POSIBLES DIFERENCIAS EN DESPERTAR
CORRECTO (V.D. 3) ENTRE LOS CUATRO GRUPOS EX-
PERIMENTALES DURANTE LA LÍNEA DE BASE.
=====

A) ANÁLISIS DE VARIANZA EN UNA DIRECCION
=====

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	3,12	3	1,04	2,81	0.10
Intragrupo	10,62	28	0,37		
Total	13,74	31			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTLETT (1.937)
=====

C	g.l.	χ^2 0.99
4,68	3	11,34

TABLA Nº 36 .- COMPARACIONES ENTRE LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES
Y EL CONTROL (NO ENURETICOS) EN CAPACIDAD FUNCIONAL
DE VEJIGA (V.D.2) DURANTE LA LINEA DE BASE.-
(PRUEBAS DE "t" PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES)
=====

A) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN CAPACIDAD MEDIA
=====

Grupos vs. Control	Diferencia	t (14 g.l.)	P
E.C.S. 1	66,66	3,2	0,005
E.C.S. 2	59,91	2,86	0,01
E.C.S. 3	48,96	2,14	0,02
E.C.S. 4	50,86	2,33	0,02

B) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN CAPACIDAD MAXIMA
=====

Grupos vs. Control	Diferencia	t (14 g.l.)	P
E.C.S. 1	90,88	2,19	0,02
E.C.S. 2	98,75	2,40	0,02
E.C.S. 3	84,38	1,90	0,05
E.C.S. 4	84,38	1,92	0,05

TABLA Nº 36 .- (Continuación)

C) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN FRECUENCIA DE MICCION DIURNA
=====

Grupos vs. Control	Diferencia	t (14 g.l.)	P
E.C.S. 1	0,5	1,04	$> 0,10$
E.C.S. 2	0,08	0,17	$> 0,10$
E.C.S. 3	0,47	1,02	$> 0,10$
E.C.S. 4	0,14	0,3	$> 0,10$

5.1.2.- Diferencias intragrupos entre las medidas pre y post experimentales.-

Estos análisis se llevaron a efecto con el fin de determinar los cambios operados dentro de cada grupo como consecuencia del tratamiento recibido. Para ello utilizamos pruebas de "t" para - muestras relacionadas o dependientes (Ver TABLAS N°s. 37, 38 y 39).

Los resultados indicaron que en los cuatro grupos experimentales se había producido un cambio favorable, observable en - una disminución de la enuresis (noches mojadas y veces noche) respecto a los niveles registrados durante la Línea de Base.

Los niveles de significación estadística fueron marcadamente superiores en el grupo primero (Entrenamiento en Cama Seca completo) con relación a los otros tres, tanto en Noches Mojadas ($P < 0.0005$) como en el número de micciones por noche ($P < 0.0005$). Conviene adelantar que todos los sujetos de este grupo dejaron de orinarse durante el periodo experimental.

En el grupo segundo (Entrenamiento en Cama Seca sin aparato de Alarma) se observó una diferencia altamente significativa ($P < 0.005$) en cuanto a noches mojadas, diferencia superior a la alcanzada por los grupos tercero y cuarto ($P < 0.05$), quienes habían recibido el E.C.S. sin Alarma, pero además habiéndose eliminado la Práctica Positiva (en el grupo 3º) y ésta y Despertar Escalonado en el 4º. Sin embargo, la diferencia respecto al número de veces por noche resultó ser significativamente superior en el grupo 4º ($P < 0.005$) que

en el segundo y tercero ($P < 0.01$ y $P < 0.05$, respectivamente). Ver TABLA N° 37 y el Gráfico N° 1 .

Los datos relativos a la segunda variable dependiente (Capacidad de Vejiga) resultaron menos llamativos. Sólo en el grupo primero se observaron cambios significativos relacionados con un aumento en la cantidad media y máxima de orina ($P < 0.02$ y $P < 0.05$ respectivamente) por encima de la cantidad registrada durante la Línea de Base. En el grupo 2° se observó un aumento estadísticamente significativo ($P < 0.02$) aunque únicamente en la cantidad media de orina. Las diferencias observadas en los grupos tercero y cuarto de 27,18 ml. y 30,68 m. en cantidad media, y de 17,48 ml. y 18,75 ml. en cantidad máxima, no obtuvieron nivel de significación estadística ($P > 0.10$) en ningún caso. (Ver TABLA N° 38 y GRAFICO N° 2).

La frecuencia de micción diurna no resultó prácticamente afectada por el tratamiento. Las diferencias entre la Línea de Base y el Postratamiento no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los cuatro grupos experimentales (Ver TABLA N° 32 y GRAFICO N° 3).

Aunque volveremos sobre este tema en la discusión de los resultados, conviene hacer notar que el único grupo que obtuvo un aumento significativo en Capacidad de Vejiga (cantidad de orina media y máxima), ha sido también en el que se han logrado mejores resultados respecto a la corrección de la enuresis. Contrariamente a lo esperado, el grupo cuarto, en el que se potenciaba el efecto del Entrenamiento en Retención, no ha producido un incremento en capacidad de vejiga, a pesar de que ésta técnica parece específicamente diseñada -

para conseguir ese objetivo y a pesar, también, de que los sujetos de este grupo realizaban un mayor número de ejercicios en retención que los otros tres.

Estos resultados son similares a los encontrados por otros autores, DOLEYS y Cols. (1977); FIELDING, 1980 a, quienes han puesto de manifiesto la dificultad de postular relaciones causales en tre capacidad funcional de vejiga y enuresis.

En cuanto a la tercera variable dependiente, Despertar ante la necesidad de orinar e ir al W.C., se observó un aumento - de Respuesta, estadísticamente significativo en los grupos primero y segundo ($P = 0.02$; $P = 0.05$), mientras los grupos tercero y cuarto se mantuvieron sin variación respecto a la Línea de Base. (Ver TABLA Nº 39.

TABLA Nº 37 .- COMPARACIONES INTRAGRUPOS ENTRE LAS MEDIAS PRE Y
POSTRATAMIENTO EN FRECUENCIA DE ENURESIS (V.D.1)
(PRUEBAS DE "t" PARA MUESTRAS DEPENDIENTES).
=====

A) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN NOCHES MOJADAS
=====

GRUPOS	Coef. Correlación Pearson	Diferencia	t (7 g.l.)	P
(*) E.C.S. 1	0	6,62	25,46	< 0.0005
E.C.S. 2	0,40	3,63	4,53	< 0.005
E.C.S. 3	0,40	2,25	2,22	< 0,05
E.C.S. 4	-0,13	1,87	1,9	< 0.05

B) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN FRECUENCIA DE MICCIÓN NOCTURNA
(Veces Noche)
=====

GRUPOS	Coef. Correlación Pearson	Diferencia	t (7 g.l.)	P
(*) E.C.S. 1	0	1,63	7,76	< 0.0005
E.C.S. 2	-2,23	1,06	3,11	< 0.01
E.C.S. 3	0,67	0,47	2,13	< 0,05
E.C.S. 4	0,70	0,56	4,08	< 0.005

(*) En ambos casos hemos calculado "t" a partir de la media y la desviación típica de las diferencias.

TABLA Nº 38 .-- COMPARACIONES INTRAGRUPOS ENTRE LAS MEDIDAS PRE Y
 POSTRATAMIENTO DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE VEJIGA.
 (V.D.2) (PRUEBAS DE "t" PARA MUESTRAS DEPENDIENTES)
 =====

A) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN CAPACIDAD MEDIA
 =====

GRUPOS	Coef. Correlación Pearson	Diferencias	t (7 g.l.)	P
E.C.S. 1	0,51	44,46	2,59	< 0,02
E.C.S. 2	0,81	42,32	2,61	< 0,02
E.C.S. 3	0,87	27,18	1,57	> 0,10
E.C.S. 4	0,14	30,67	1,39	> 0,10

B) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN CAPACIDAD MAXIMA
 =====

GRUPOS	Coef. Correlación Pearson	Diferencia	t (7 g.l.)	P
E.C.S. 1	0,40	78,98	2,08	< 0,05
E.C.S. 2	0,23	70,62	1,14	0,10
E.C.S. 3	0,76	17,48	0,60	> 0,10
E.C.S. 4	0,42	18,75	0,63	> 0,10

TABLA Nº 38 .- (Continuación)

C) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS EN FRECUENCIA DE MICCION DIURNA

GRUPOS	Coef. Correlación Pearson	Diferencia	t (7 g.l.)	P
E.C.S. 1	0,74	0,73	1,21	> 0.10
E.C.S. 2	0,74	0,73	1,14	> 0.10
E.C.S. 3	0,80	0,36	0,67	> 0.10
E.C.S. 4	0,51	0,91	1,54	> 0.10

TABLA Nº 39 .-- COMPARACIONES INTRAGRUPOS ENTRE LAS MEDIDAS PRE Y
 POSTRATAMIENTO DE DESPERTAR (V.D. 3).
 (PRUEBAS DE "t" PARA MUESTRAS DEPENDIENTES)

A) DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS

Grupos	Coef. Correlación Pearson	Diferencia	t (7 g.l.)	P
E.C.S. 1	0,03	2,87	3,37	< 0.02
E.C.S. 2	-0,24	3,25	2,55	< 0.05
E.C.S. 3	-0,14	0	—	—
E.C.S. 4	-0,74	0	—	—

GRAFICO Nº 2 .- MEDIDAS DE CAPACIDAD DE VEJIGA ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES Y EL CONTROL (NO ENURETICOS)

267

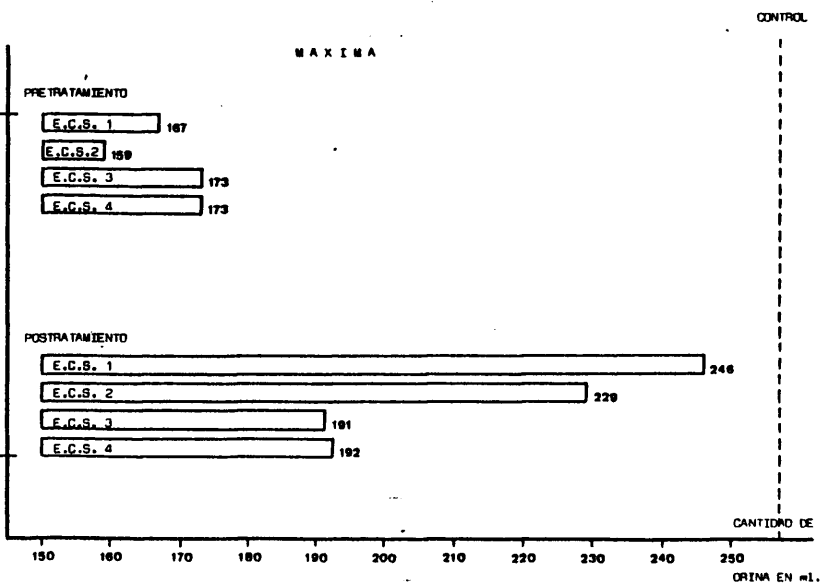
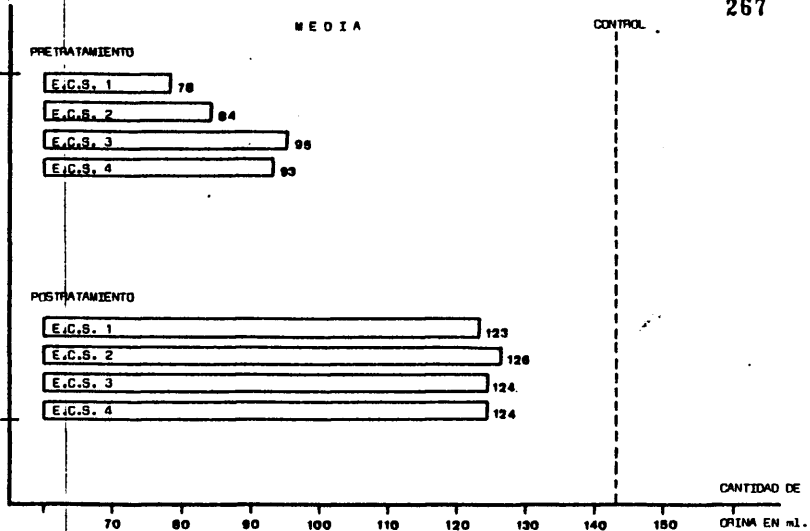
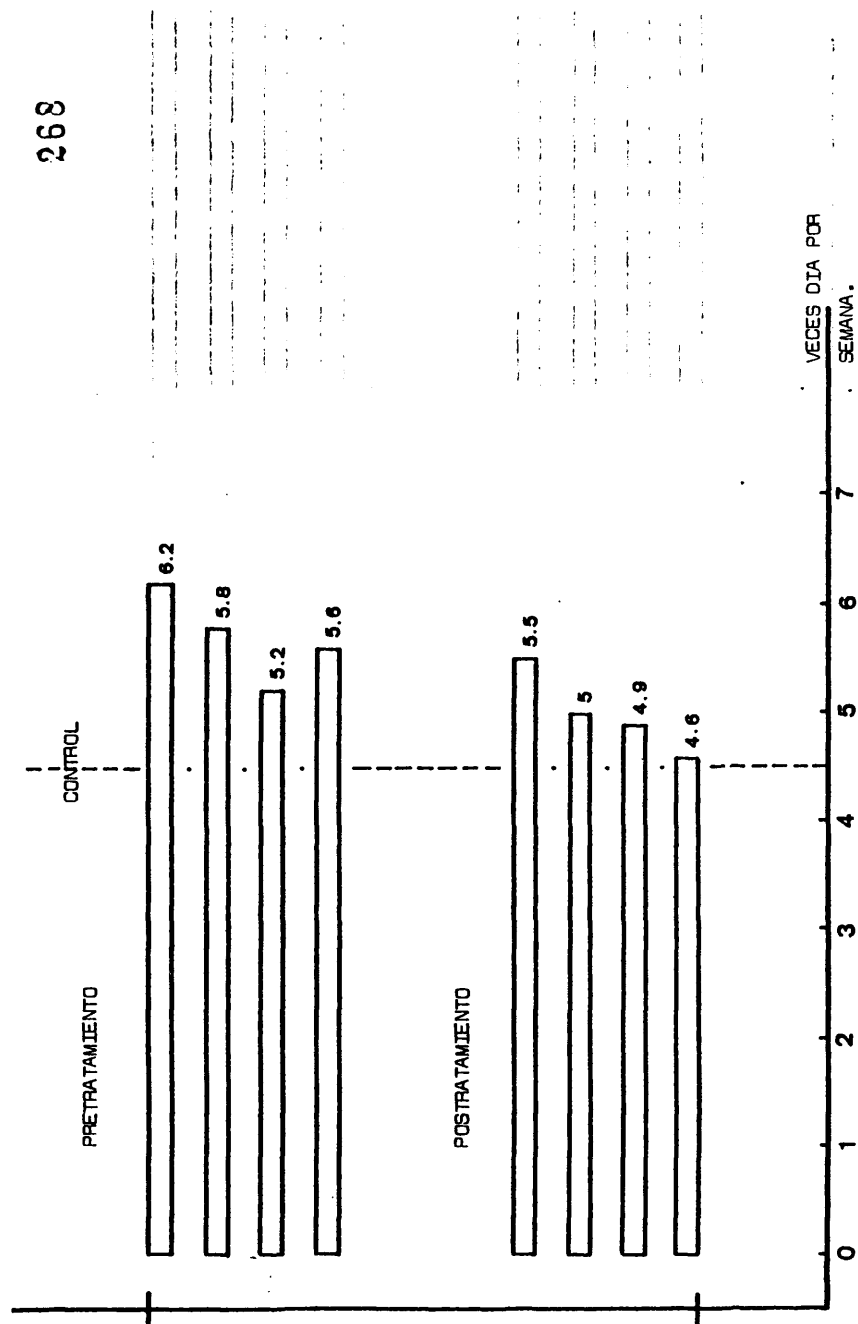


GRAFICO Nº 3 .- CAPACIDAD DE VEJIGA (FRECUENCIA MEDIA DE MICCION DIURNA Sm.) EN LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES Y CONTROL (NO ENURETICOS)



5.1.3.- Relaciones entre los distintos indicadores de las variables dependientes

A fin de determinar las relaciones entre las diferentes medidas obtenidas de las variables dependientes, Frecuencia de Enuresis y Capacidad Funcional de Vejiga, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson, con los datos registrados durante la Línea de Base (ver TABLA Nº 40).

Los dos indicadores de Frecuencia de Enuresis, noches mojadas y veces por noche, muestran una alta relación entre sí ($r = 0,71$; $P < 0.001$), lo que parece sugerir que cualquiera de los dos podría utilizarse independientemente del otro.

Tradicionalmente, en los trabajos sobre enuresis, suele utilizarse únicamente el registro de noches mojadas como medida de la frecuencia del problema. Sin embargo, a nuestro juicio, el uso de ambos proporciona información clínica adicional, en tanto que suele ocurrir que un determinado procedimiento disminuya el número de veces que el sujeto se orina cada noche, aunque no consiga eliminar totalmente la enuresis. Tal es el caso, en nuestro estudio, del Entrenamiento en Retención (grupo 4) con el que se ha producido un considerable descenso del número de veces por noche ($P < 0.005$) frente a una reducción menor en el número de noches mojadas ($P < 0.05$).

Por otro lado, es bastante frecuente que los niños enuréticos se orinen más de una vez por noche, concretamente, un 70% de los sujetos que han participado en esta investigación se orinaban

más de una vez por noche (con un rango que oscilaba entre 2 y 5 veces). Este hecho abogarí, en caso de elección, por el registro de las veces que el niño orina cada noche, puesto que proporciona una información más veraz sobre la frecuencia de enuresis que simplemente el número - de noches que la cama está mojada.

Los resultados sobre la relación entre las tres medidas efectuadas para determinar la capacidad de vejiga, indicaron una elevada correlación entre Capacidad Media y Capacidad Máxima de vejiga ($r = 0,79$; $P < 0.001$), tal como se esperaba, puesto que ambas se han obtenido a partir de la cantidad de orina evacuada y los valores medios incluyen también los máximos.

En este caso, quizás sea más aconsejable utilizar la cantidad media de orina como indicador de la capacidad funcional, dado que ofrece una aproximación mejor a la cantidad de orina que el niño suele tolerar habitualmente, en tanto que la cantidad máxima es un valor extremo de todas las cantidades registradas y por tanto no repetido, de forma que puede resultar un poco artificial como indicador - de la capacidad de vejiga.

La Frecuencia de Micción Diurna correlacionaba significativamente con la cantidad media de orina ($r = -0,47$; $P < 0.01$), pero apenas mostraba relación con la cantidad máxima ($r = -0,19$; $P > 0.10$). Desde nuestro punto de vista y tal como ya hemos comentado, esta medida no parece proporcionar una información relevante ni - respecto a la enuresis, ni respecto a la capacidad funcional de vejiga, razón por la que no parece muy recomendable su utilización.

TABLA Nº 40 .- RELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS INDICADORES DE LAS
VARIABLES DEPENDIENTES

A) RELACION ENTRE NOCHES MOJADAS Y VECES NOCHE, MEDIDAS DE FRECUEN-
CIA DE ENURESIS (V.D.).

	r	Z	P
Noches Mojadas	0,71	4,78	<0.001
Veces Noche			

B) RELACIONES ENTRE CANTIDAD MEDIA DE ORINA, CANTIDAD MAXIMA Y FRE-
CUENCIA DE MICCION DIURNA, UTILIZADAS COMO MEDIDA DE LA CAPACI-
DAD FUNCIONAL DE VEJIGA

	r	Z	P
Cantidad Media	0,79	5,77	<0.001
Capacidad Máxima			
Cantidad Media	-0,47	2,75	<0.01
Frecuencia diurna			
Cantidad máxima	-0,19	1,03	>0.10
Frecuencia diurna			

5.1.3.1.- Relaciones entre la estimación de los padres sobre frecuencia de enuresis y las medidas obtenidas en la Línea de Base

La importancia de la Línea de Base en la práctica clínica es indiscutible por cuanto que proporciona al terapeuta datos — bastante objetivos que le ayudan a seleccionar el tratamiento más adecuado y le permite observar los efectos producidos por dicho tratamiento. Sin embargo, las molestias que suele provocar a los padres la realización de ciertos registros son, a veces, la causa de un abandono prematuro de la terapia.

En orden a determinar si tales molestias pueden ser eliminadas o, por lo menos, aminoradas, analizamos la relación existente entre la estimación efectuada por los padres en la cumplimentación del Cuestionario Biográfico, sobre la frecuencia de enuresis y las medidas conseguidas por observación directa durante la Línea de Base.

Los resultados mostraron una correlación de 0,66 — ($P < 0.001$) entre la estimación de noches mojadas por semana y los registros objetivos. Aunque la correlación es significativa a nivel estadístico, esperábamos que su cuantía fuese mayor o más cercana a la encontrada por otros autores (BESALEL, AZRIN, HONTOS y Mc MORROW, 1980) que señalaron una correlación de 0,84 entre frecuencia estimada y registrada.

La correlación entre la estimación del número de veces que los niños se orinan cada noche y las observaciones directas fue menor ($r = 0,57$) aunque el nivel de significación estadística fue también superior a $P < 0.001$.

El 66 % de los padres coincidieron exactamente en sus estimaciones con los datos registrados en lo relativo al número de noches mojadas por semana. El porcentaje puede elevarse a un 84 % si tenemos en cuenta los padres que se equivocaron sólo en una noche por encima o por debajo de los datos reales. En cuanto al número de veces por noche, un 46,5 % realizó una predicción exacta y un 50 %, si tenemos en cuenta el mismo error que en el caso anterior. Posiblemente este último dato es más difícil de conocer si los padres no han efectuado, con anterioridad, inspecciones en la cama del niño durante la noche. En la TABLA Nº 41, se ofrecen los datos que acabamos de comentar.

TABLA Nº 41 .- RELACIONES ENTRE LA ESTIMACION VERBAL DE LOS PADRES SOBRE FRECUENCIA DE ENURESIS, Y LAS MEDIDAS OBTENIDAS DURANTE LA LINEA DE BASE.-
=====

	% de padres que coinciden en la estimación o cometen un error mínimo	r	Z	P
Noches Mojadas	84	0,66	4,33	<0.001
Veces Noche	50	0,57	3,54	<0.001

NETTELBECK y LANGELODECKE (1979) consideraban que las estimaciones de los padres no servían para determinar la frecuencia real de enuresis en sus hijos, porque cuando van a un terapeuta

para intentar solucionar el problema, suelen agrandarlo, indicando - que los niños se orinan con más frecuencia de la que verdaderamente ocurre. En nuestro caso, del 34 % de los padres cuya estimación no coincidió exactamente con los registros, el 72 % indicaron que sus - hijos mojaban la cama mayor número de noches de lo que realmente lo hacían, y el resto, 28 %, señalaron una menor frecuencia.

Ante estos datos, la decisión de utilizar o no la - observación directa en la Línea de Base, corresponde a nuestro juicio, al clínico. Ciertamente si el 84 % de los padres aciertan o cometen un error mínimo, quizás compense en el desarrollo diario de la profesión el evitar molestias adicionales a los padres, suprimiendo los registros de Línea de Base si es que va a utilizarse la medida de noches mojadas como indicador de la frecuencia de enuresis. Sin embargo, no debemos afirmar lo mismo si se utiliza el número de veces - por noche como indicador, dado que la correlación en este caso es menor y el número de padres que hacen una estimación correcta, también.

5.1.4.- Diferencias Intergrupos en las tres Variables Dependientes

Averiguar el efecto diferencial entre las distintas formas de Tratamiento asignadas a los cuatro grupos experimentales sobre las variables dependientes (Frecuencia de Enuresis, Capacidad de Vejiga y Despertar ante la necesidad de orinar para ir al W.C.), constituía uno de los objetivos fundamentales de este trabajo. Recorde - mos que un grupo recibía el Entrenamiento en Cama Seca completo, en - tanto que los otros tres recibían el procedimiento eliminando alguno o algunos de sus componentes (Alarma, Práctica Positiva, Despertar Es - calorado). Consecuentemente, las diferencias entre los grupos experi - mentales nos iban a ofrecer la posibilidad de conocer qué componentes, sólo o asociados entre sí, producían un efecto mayor sobre la elimi - nación de la enuresis.

Con el fin de examinar tales diferencias, realizamos un análisis de Covarianza con cada una de las medidas efectuadas (TA - BLAS Nº 43, 44, 45, 46, 47, y 48). Dicho análisis se lleva a cabo de manera similar al análisis de Varianza pero sobre unas puntuacio - nes corregidas o ajustadas mediante una Recta de Regresión (AMON, 1980) . En nuestro caso, la corrección se efectúa sobre las medidas obtenidas en el Postratamiento, eliminando el influjo de las conseguidas duran - te la Línea de Base (variable concomitante). Además de la homogenei - dad de Varianza, el análisis de Covarianza exige que las pendientes - de Regresión en cada grupo sean homogéneas. Las medidas Postratamien - to pueden observarse en la TABLA Nº 42.

Realizados los análisis pertinentes, los resultados — indicaron que existían diferencias significativas entre los grupos experimentales respecto a la Frecuencia de Enuresis, tanto en noches mojadas ($F = 9,27$; $P < 0.001$), como en frecuencia de micción por noche ($F = 6,29$; $P < 0.005$), así como en la variable Despertar ($F = 4,94$; $P < 0.01$). Ver TABLAS Nº 43, 44 y 48, respectivamente.

Los grupos no diferían entre sí ni respecto al control (no enuréticos), en cuanto a Capacidad Funcional de Vejiga, en ninguna de las medidas efectuadas: Cantidad media de orina ($F = 2,21$; $P > 0.10$), cantidad máxima ($F = 2,18$; $P < 0.10$) y frecuencia de micción diurna ($F = 1,25$; $P > 0.10$).

Para determinar a qué grupos debían atribuirse las diferencias encontradas, efectuamos una serie de comparaciones múltiples entre ellos, siguiendo el método de TUKEY (en GLASS y STANLEY, 1970), en las variables donde se había obtenido una razón "F" estadísticamente significativa (noches mojadas, veces noche y despertar).

Los resultados indicaron que el grupo primero (E.C.S. completo) difería significativamente en el número de noches mojadas — por semana, del grupo tercero que había recibido un Tratamiento donde operaban básicamente dos componentes: Despertar Escalonado y Entrenamiento en Retención; así como del grupo cuarto, en el que funcionaba — un sólo componente, el Entrenamiento en Retención. Las diferencias fueron de 4.081 ($P < 0.01$) y de 4,55 ($P < 0.005$), respectivamente. (Ver — TABLA Nº 49).

A pesar de que en el grupo primero todos los niños consiguieron dejar de orinarse, las diferencias entre este grupo y el

grupo segundo, que recibió el mismo Tratamiento a excepción de la — Alarma (Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención), no alcanzó un nivel de significación estadística aceptable (Dif. 2.506; $P < 0.10$). Los resultados pueden observarse, además de en la TABLA Nº 49, en el GRAFICO Nº 1. Sin embargo, la asociación de la Práctica Positiva con el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención, presentes en el grupo 2º, no mostraba diferencias significativas, cuando el componente de Práctica Positiva era eliminado, tal como ocurría en el grupo 3º (dif. 1,57; $P > 0.10$) ni si además se eliminaba el Despertar Escalonado (Grupo 4º, Dif. 0,85; $P > 0.10$).

A fin de establecer el poder diferencial del E.C.S. completo (Alarma + Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención) en cuanto al efecto de la Práctica Positiva asociada con el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención — (Grupo 2º), o de el Despertar Escalonado con el Entrenamiento en Retención (Grupo 3º), y del Entrenamiento en Retención sólo (Grupo 4º), realizamos una serie de comparaciones múltiples entre grupos combinados, siguiendo el método de SCHEFFE (en GLASS y STANLEY, 1970), que permite agurpar las medias obtenidas en los diferentes grupos.

Los datos mostraron (ver TABLA Nº 49) que todos — los componentes del E.C.S. utilizados conjuntamente diferían significativamente de cualquier otra asociación entre ellos, a pesar de estar agrupados todos los grupos. Estas diferencias se mantuvieron en todas las combinaciones realizadas.

El efecto producido sobre la disminución de noches — mojadas por la actuación de las variables que operaban en el grupo —

segundo, más el efecto de las que operaban en el primero, respecto al logrado en el grupo tercero y cuarto, no consiguió alcanzar un nivel de significación estadística superior al obtenido, cuando se comparaba el efecto del grupo 1º frente al grupo 2º y 3º, ni en cuanto al 2º y 4º ó 3º y 4º combinados.

Desde nuestro punto de vista, estos datos parecen indicar que la alarma es el componente esencial del Entrenamiento en Cama Seca, y que la Práctica Positiva, cuando se utilizada asociada al Despertar Escalonado y Entrenamiento en Retención, como ocurre en el grupo 2º, produce un efecto bastante importante sobre la disminución de la enuresis, como lo demuestra el hecho de que la diferencia entre ambos grupos (1 y 2) no alcance un nivel de significación estadística aceptable.

Sin embargo, el hecho de que el grupo 2º no se diferencie, a nivel estadístico, del grupo 3º y del 4º, hace sospechar — que el peso de la Práctica Positiva, que no interviene en el grupo 3º, no sea por sí mismo muy poderoso.

Lo mismo podría pensarse respecto al efecto del Despertar Escalonado, dado que esta variable no está presente en el grupo 4º y éste y el 3º no muestran diferencias entre sí. Si parece que la asociación entre la Alarma y la Práctica Positiva, aspecto que diferencia al grupo primero del tercero, es suficientemente fuerte para que surjan diferencias entre ambos ($P < 0.01$).

En tanto que la diferencia observada entre el grupo 1º y 4º (4,55) respecto al primero y 3º (4,081) es sólo ligeramente -

superior, aunque el nivel de significación estadística resulte mucho mayor ($P < 0.005$ vs. $P < 0.01$), tal diferencia podría ser atribuida a la actuación conjunta de la Alarma, la Práctica Positiva y el Despertar Escalonado.

De lo anterior parece deducirse que la asociación entre la Alarma y la Práctica Positiva es responsable de gran parte del éxito del Entrenamiento en Cama Seca, mientras que los otros componentes examinados en este estudio, Despertar Escalonado y Entrenamiento en Retención, parecen producir un efecto menor sobre la enuresis, como se deriva del hecho de que la combinación de ambos (Grupo 3º) no aporta un efecto sustancialmente diferente al producido por la utilización única del Entrenamiento en Retención (Grupo 4º).

Estas reflexiones son también válidas en lo que se refiere a la otra medida de enuresis, veces noche. El grupo primero produjo una reducción significativamente mayor en el número de veces que los niños se orinaban por noche, que el grupo 3º y el 4º (Dif. = 5,58; $P < 0.005$, y 4,64; $P < 0.05$, respectivamente) (Ver TABLA Nº 50) y GRAFICO Nº 1). Como se observa en los datos anteriores, la diferencia con el grupo tercero es superior a del 4º; estos datos van en la misma línea que los mencionados en el apartado 5.1.2. en el que analizábamos el efecto producido en esta variable por los cuatro tratamientos, dentro de cada grupo. Tal como indicábamos allí, el Entrenamiento en Retención parece afectar a la frecuencia de micción por noche aunque no consiga eliminar totalmente la enuresis (noches mojadas).

En cuanto a los demás grupos, los resultados son similares a los obtenidos en la variable Noches Mojadas; el Grupo 1º no difería significativamente del 2º que, a su vez, no se diferenciaba sig

nificativamente del 3º y 4º, ni éstos entre sí. (Ver TABLA Nº 50).

Respecto a la frecuencia con que los niños se des-
pertaban para ir al baño durante la noche, ésta aumentó significati-
vamente respecto a la Línea de Base en los grupos 1º y 2º. El grupo
primero difería significativamente del 3º (Dif. 317 ; $P < 0.05$),
pero no del 2º o del 4º (dif. 0,37; $P > 0.10$; Dif. 2,9, $P < 0.10$,
respectivamente), en tanto que las diferencias encontradas entre el -
grupo 2º y el 3º y 4º alcanzaron, en ambos casos, un nivel de signifi-
cación estadística adecuado (Dif. = 3,54 y 3,27, respectivamente; —
 $P < 0.05$) (Ver TABLA Nº 51).

Como puede apreciarse en el GRAFICO Nº 4 , en esta
variable, los tratamientos produjeron un efecto curioso, potenciando
la variabilidad individual respecto a la Línea de Base, hasta el punto
de que la prueba de BARTLETT (1937) de homogeneidad de Varianza acusó
tal variabilidad como hemos señalado en páginas atrás (ver aclaración
a las Tablas, Pág 295) la cual fue mayor en el grupo 2º que en
el 1º.

Los resultados obtenidos parecen señalar de nuevo —
que la alarma y la práctica positiva son responsables de los cambios
operados en la Respuesta de Despertar. La ausencia de diferencias en
tre grupos (1º y 2º) sugieren una explicación tentativa en el sentido
de que, si consideramos la Práctica Positiva como una especie de cas-
tigo que se aplica contingentemente cuando la cama está mojada, la —
respuesta de despertar podría ser considerada como una respuesta de e-
vitación del castigo en cuestión. El grupo primero recibiría el cas-
tigo en dosis "concentradas", cada vez que suena la alarma, pero du -

rante menos tiempo que el segundo, en el que los sujetos reciben el - castigo más tiempo y además, al no disponer de una señal que anticipe el castigo prácticamente a las mismas horas, se despertarán más veces que en el grupo anterior a fin de poder prevenir el castigo demorado.

Las diferencias individuales, en cuanto a la tolerancia del castigo, parecen incrementarse puesto que mientras en el grupo primero (fase de postentrenamiento) se despertaban todos los sujetos, éstos lo hacían menos veces y más homogéneamente (\bar{X} 3,25; D.T. 2,2) que en el grupo segundo, donde un 62% de los niños se despertaban durante la noche, pero más veces (\bar{X} 3,62) y menos homogéneamente (D.T. 3,62). Da la sensación de que se produce en algunos sujetos de este grupo un exceso de respuesta, que no se relaciona con las necesidades fisiológicas reales, cosa que no parece ocurrir en el grupo primero. A título meramente ilustrativo, hacemos notar que tres de los 5 sujetos que se despertaban lo hacían 4 y 5 veces por noche, en tanto que en el grupo primero de los 8 sujetos que se despertaban, sólo dos lo hicieron entre dos y tres veces por noche.

TABLA Nº 42 .- POSTRATAMIENTO : MEDIDAS DE FRECUENCIA ENURESIS, CAPACIDAD DE VEJIGA Y DESPERTAR. MEDIAS Y D.T. (*) POR SEMANA EN LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES Y CONTROL (NO ENURETICOS).-:

R U P O S	Veces Semana	Noches Mojadas	Frecuencia Media Micción Nocturna	Capacidad Media Vejiga	Capacidad Máxima Vejiga	Frecuencia diurna	Despertar Correcto W.C.	
							Veces Semana	% Sujetos
E.C.S.1	0 (2,4)	0	0	123,3 (27,7)	245,6 (66,8)	4,49 (0,88)	3,25 (2,22)	100 %
E.C.S.2	2,75 (2,4)	2,37 (2,1)	0,38 (0,34)	126,5 (30,05)	229,37 (74,09)	5,07 (0,74)	3,62 (3,63)	62 %
E.C.S.3	6,37 (5,54)	4 (2,5)	0,9 (0,79)	122,26 (53)	190,6 (83)	4,89 (0,84)	0,12 (0,3)	12 %
E.C.S.4	5,12 (2,97)	4,5 (2,06)	0,72 (0,41)	123,86 (36,48)	191,87 (52,49)	4,67 (0,76)	0,37 (0,66)	25 %
CONTROL	—	—	—	143,4 (54,36)	250,5 (103,85)	4,5 (0,96)	—	—

(*) Se ha calculado dividiendo el número total de veces noche y semana entre 7 (días)

TABLA Nº 43 .- RESULTADOS DEL ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE NOCHES
 MOJADAS (V.D. 1) CON LOS 4 GRUPOS EXPERIMENTALES
 =====

A) ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE LAS MEDIAS CORREGIDAS

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida	F	P
Intergrupo	123,8	3	41,26	9,27	<0.001
Intragrupo	120,35	27			
Total	244,15	30			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0,99
8,2	3	11,34

C) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LAS PENDIENTES DE REGRESION (*)

B = 7,73
 A = 112,63

g.l.	F	F 0,99
3	0,54	4,72
24		

(*) Ver J. AMON (1980, pág. 458)

TABLA Nº 44 .- RESULTADOS DEL ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE FRECUENCIA DE MICCION NOCTURNA (VECES NOCHE) (V.D. 1) CON LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES (*)

A) ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE LAS MEDIAS CORREGIDAS

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida	F	P
Intergrupo	4,53	3	1,51	6,29	< 0.005
Intragrupo	6,53	27	0,24		
Total	11,06	30			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LAS PENDIENTES DE REGRESION

	g.l.	F	F 0,99
B = 1,75	3	2,63	4,72
A = 5,45	24		

TABLA Nº 45 .- ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE CAPACIDAD MEDIA DE
VEJIGA (V.D.2) CON LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMEN-
TALES Y EL CONTROL (NO ENURETICOS) .-
=====

A) ANALISIS DE COVARIANZA

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida	F	P
Intergrupo	7.694,84	4	1.923,71	2,21	> 0.10
Intragrupo	29.501,02	34	.867,67		
Total	37.195,86	38			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTLET, (1937)

C	g.l.	χ^2 0,99
1,56	4	13,27

C) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA PENDIENTE DE REGRESION

	g.l.	F	F 0,99
B = 5.176,49	4	1,59	4,02
A = 24.321,53	30		

TABLA Nº 46 .- ANALISIS DE COVARIANZA DE CAPACIDAD MAXIMA DE VEJIGA
(V.D.3) CON LOS 4 GRUPOS EXPERIMENTALES Y EL CONTROL
=====

A) ANALISIS DE COVARIANZA CON LAS MEDIAS CORREGIDAS

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida.	F	P
Intergrupo	30.658,03	4	7.664,50	2,18	>0.10
Intragrupo	119.392,42	34	3.511,54		
Total	150.050,45	38			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTLETT (1.937)

C	g.l.	χ^2 0.99
1,58	4	13,27

C) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA PENDIENTE DE REGRESION

B = 7.063,15
A = 112.329,27

g.l.	F	F 0,99
4	0,40	4,02
30		

TABLA Nº 47 .- ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE FRECUENCIA DE MICCION
DIURNA (V.D.2) CON LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTA -
LES Y EL GRUPO CONTROL (NO ENURETICOS) .-
=====

A) ANALISIS DE COVARIANZA CON LAS MEDIAS CORREGIDAS

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida	F	P
Intergrupo	1,6	4	0,4	1,25	> 0.10
Intragrupo	10,88	34	0,32		
Total	12,48	38			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA VARIANZA, BARTTLET (1937)

C	g.l.	χ^2 0,99
0,23	4	13,27

C) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LA PENDIENTE DE REGRESION

B = 0,54
A = 10,35

g.l.	F	F 0,99
4	0,38	4,02
30		

TABLA Nº 48 .- ANALISIS DE COVARIANZA SOBRE DESPERTAR CORRECTO
(V.D. 3) CON LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES (*)

A) ANALISIS DE COVARIANZA CON LAS MEDIAS CORREGIDAS

Fuente de Variación	Suma Cuadrática Corregida	g.l.	Media Cuadrática Corregida	F	P
Intergrupo	82,19	3	27,39	4,94	< 0.01
Intragrupo	149,79	27	5,54		
Total	231,98	30			

B) PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE LAS PENDIENTES DE REGRESION

	g.l.	F	F 0,99
B = 8,07	3	0,45	4,72
A = 141,84	24		

(*) Ver Aclaración Tablas. Pág. 295

TABLA Nº 49 .- COMPARACIONES MULTIPLES ENTRE GRUPOS SOBRE NOCHES
MOJADAS (UTILIZANDO LAS MEDIAS CORREGIDAS).

Grupos	\bar{X} Línea de Base	\bar{X} Postratamiento	\bar{X} Corregida	b
G. 1	6,62	0	- 0,068	0,22
G. 2	6	2,37	2,438	
G. 3	6,25	4	4,013	
G. 4	6,37	4,5	4,487	

A) DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGUN EL METODO DE TUKEY

	Diferencia	T	P
G.1 vs. 2	2,506	3,386	< 0.10
G.1 vs. 3	4,081	5,514	< 0.01
G.1 vs. 4	4,55	6,507	< 0.005
G.2 vs. 3	1,57	2,12	> 0.10
G.2 vs. 4	2,049	2,76	> 0.10
G.3 vs. 4	0,85	1,15	> 0.10

TABLA Nº 49 .- (Continuación)

COMPARACIONES MULTIPLES ENTRE GRUPOS SOBRE NOCHES

MOJADAS

B) DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS, SIGUIENDO EL METODO DE SHEFFE.

	Diferencia	T	P
G. 1 vs. 2, 3 y 4	3,71	3,82	< 0.01
G. 1 vs. 2 y 3	3,29	3,70	0.01
G. 1 vs. 2 y 4	3,53	3,96	< 0.01
G. 1 vs. 3 y 4	4,31	4,84	< 0.001
G. 1 y 2 vs. 3	2,83	3,17	< 0.05
G. 1 y 2 vs. 4	3,30	3,71	< 0.01
G. 2 vs. 3 y 4	1,81	2,03	> 0.05

TABLA Nº 50 .- COMPARACION MULTIPLE ENTRE GRUPOS SOBRE VECES
 NOCHE (UTILIZANDO MEDIAS CORREGIDAS)

	\bar{X} Línea de Base	\bar{X} Postratamiento	\bar{X} Corregida	b
Gr. 1	1,63	0	- 0,04	0,24
Gr. 2	1,44	0,38	0,37	
Gr. 3	1,37	0,9	0,91	
Gr. 4	1,28	0,72	0,75	

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGUN EL METODO DE TUKEY

	Diferencia	T	P
Gr.1 vs. 2	0,41	2,41	> 0.10
Gr.1 vs. 3	0,95	5,58	< 0.005
Gr.1 vs. 4	0,79	4,64	< 0.05
Gr.2 vs. 3	0,54	3,17	> 0.10
Gr.2 vs. 4	0,38	2,23	> 0.10
Gr.3 vs. 4	0,16	0,94	> 0.10

TABLA Nº 51 .- COMPARACIONES MULTIPLES ENTRE GRUPOS SOBRE LA VARIABLE
DE DESPERTAR (UTILIZANDO MEDIAS CORREGIDAS).

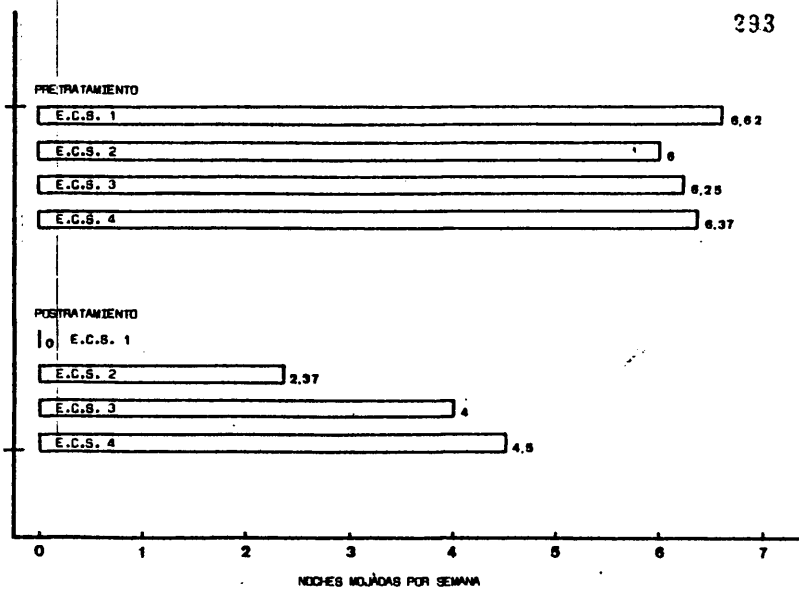
Grupos	\bar{X} Línea de base	\bar{X} Postratamiento	\bar{X} Corregida	b
Gr. 1	0,37	3,25	3,26	-0,17
Gr. 2	0,37	3,62	3,63	
Gr. 3	0,12	0,12	0,09	
Gr. 4	0,37	0,37	0,35	

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SEGUN EL METODO DE TUKEY

	Diferencia	T	P
Gr.1 vs. 2	0,37	0,44	> 0.10
Gr.1 vs. 3	3,17	3,82	0.05
Gr.1 vs. 4	2,90	3,49	< 0.10
Gr. 2 vs. 3	3,54	4,26	< 0.05
Gr. 2 vs. 4	3,27	3,94	< 0.05
Gr. 3 vs. 4	0,26	0,32	—

GRAFICO Nº 1 .- MEDIDAS PRE Y POSTRATAMIENTO EN NOCHES MOJADAS

293



.- FRECUENCIA MEDIA DE MICCION NOCTURNA ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

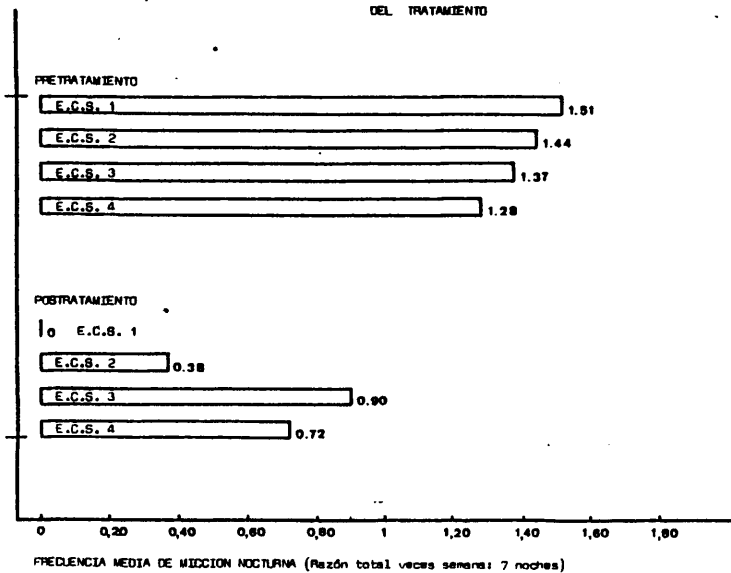


GRÁFICO Nº 4.- EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA DE DESPERTAR EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO (% DE SUJETOS QUE SE DESPERTAN)

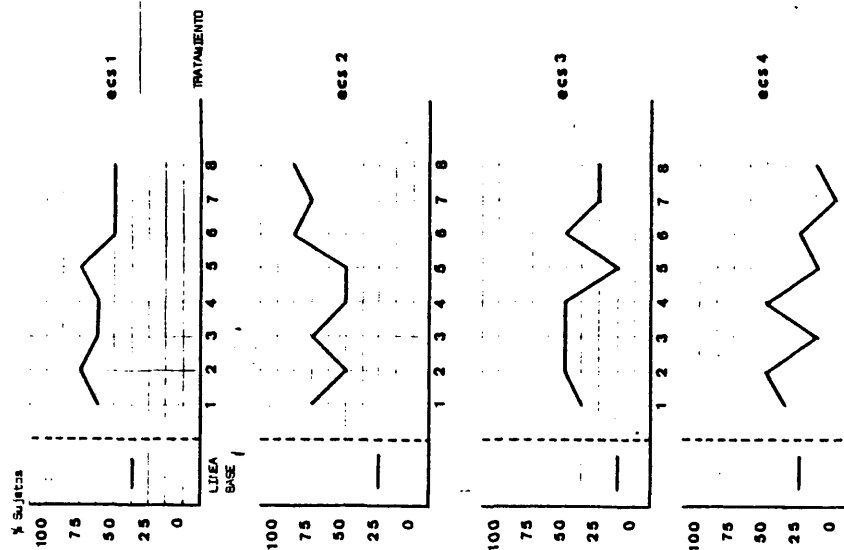
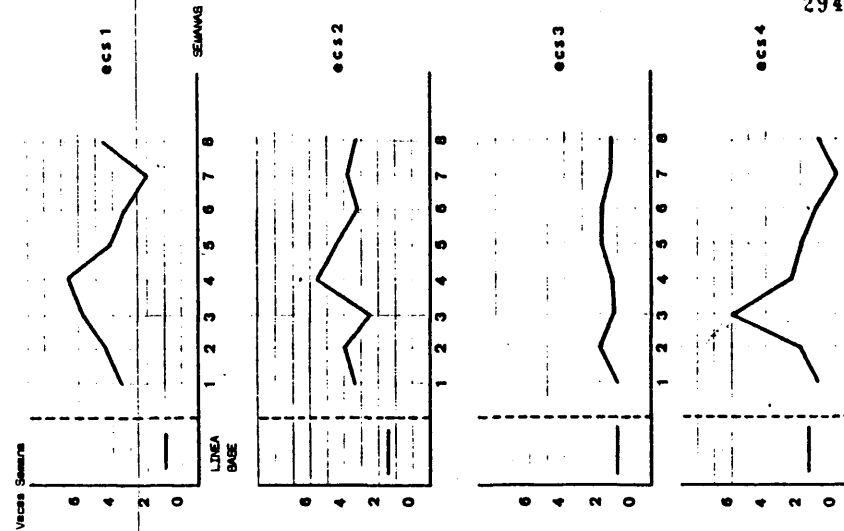


GRÁFICO Nº 4.- EVOLUCIÓN DE LA RESPUESTA DE DESPERTAR (VOCES SEMANA) SOLO PARA EL % DE SUJETOS QUE SE DESPERTABAN



ACLARACION A LAS TABLAS
=====

Como puede apreciarse en las TABLAS N^{os}. 44 y 48, — donde se ofrecen los resultados del análisis de covarianza, realizado sobre Frecuencia de Micción Nocturna (Veces noche) y la Respuesta de Despertar ante la necesidad de orinar, respectivamente, no se encuentra recogido el análisis relativo a la homogeneidad de varianza dentro de los grupos. La razón de esta ausencia es bien sencilla; en estos casos no se ha cumplido este supuesto, a pesar de lo cual hemos efectuado los cálculos pertinentes como si así hubiera ocurrido.

Tal decisión viene justificada por el hecho de que — la condición, exigida por el análisis de varianza acerca de la homogeneidad de las varianzas dentro de cada grupo, se cubría con creces en los análisis efectuados durante la Línea de Base, a fin de examinar — las posibles diferencias entre grupos respecto a las tres variables — dependientes, antes de comenzar el tratamiento. Consecuentemente, — creemos que las varianzas observadas posteriormente, se deben, sin duda, al efecto del tratamiento que ha debido potenciar las diferencias individuales de los sujetos.

Sin embargo, creemos que el error que este aspecto pueda introducir en los resultados sobre el nivel de significación de la razón "F", debe resultar mínimo, y en cualquier caso operaría en — sentido opuesto al que nosotros hubiéramos deseado, puesto que aumentaría las diferencias intragrupos, reduciendo las que pudieran existir entre ellos.

Por otro lado, y de acuerdo con GLASS y STANLEY — (1980, pág. 374), parece que cuando los "n" de las muestras son iguales, como ocurre en nuestro caso, los efectos fijos del análisis de varianza no resultan prácticamente afectados por la heterogeneidad de las varianzas. GLASS y STANLEY apoyan esta opinión en base a los estudios realizados por SCHEFFE (1959), BONEAU (1960) y BOX y ANDERSON (1955), de los que puede concluirse, según los autores, con un gran margen de seguridad, que la falta de homogeneidad de las varianzas tiene un efecto mínimo sobre el nivel de significación del contraste "F", cuando los grupos comparados son iguales en cuanto al número de sujetos que agrupan.

5.2.- ANALISIS SOBRE LA EFICACIA DE LOS COMPONENTES IMPLICADOS EN
CADA UNO DE LOS TRATAMIENTOS

=====

El análisis de la eficacia de los componentes inclu
dos en los cuatro Tratamientos a que fueron asignados los grupos expe
rimentales, era otro de los objetivos importantes de la presente in -
vestigación.

La eficacia ha sido definida en función del porcen -
taje de sujetos que conseguían el criterio inicial de éxito durante -
el periodo experimental, el tiempo que tardaban en conseguirlo y la -
frecuencia de aparición de la enuresis (noches mojadas) durante el tra
tamiento (8 semanas). Estos tres aspectos son considerados como va -
riables dependientes en este análisis.

5.2.1.- Porcentaje de Sujetos que obtiene el Criterio Inicial de —
éxito.

El criterio inicial de éxito fue estipulado, como —
suele ser habitual en los estudios sobre enuresis de la última década,
en 14 noches consecutivas secas. Una vez obtenido dicho criterio, -
el tratamiento era retirado y, después de una semana, se efectuaban -
las medidas postratamiento.

Todos los sujetos que recibieron el E.C.S. completo consiguieron el criterio inicial de éxito durante la fase del tratamiento, mientras que sólo cuatro sujetos de los 24 que fueron asignados a las otras 3 condiciones experimentales lo lograron: 2 (25 %) - pertenecientes al Grupo 2º; 1 (12,5 %) en el Grupo 3º y 1 en el Grupo 4º. Conviene mencionar que el niño que obtuvo el criterio en el grupo tercero, lo hizo una semana después de finalizar la fase experimental. Ver TABLA Nº 52 .

Los datos fueron analizados mediante la prueba de χ^2 y los resultados mostraron que el grupo 1º difería significativamente del 2º ($\chi^2 = 9,6$; $P < 0.01$), y del 3º y 4º ($\chi^2 = 12,44$; $P < 0.001$). El grupo 2º no mostraba diferencias significativas respecto al 3º y 4º ($\chi^2 = 0,4$; $P > 0.10$).

Los sujetos del grupo 1º consiguieron obtener las 14 noches consecutivas secas en menos tiempo que los del 2º ($\bar{X} = 30,87$ y 48, respectivamente. " t " = 2,96; $P < 0.02$), aunque no hubo diferencias entre ellos en el número de noches mojadas hasta ese momento ($\bar{X} = 7,3$ y 7,5, respectivamente; " t " = 0,04; $P > 0.10$).

Estos resultados ponen de manifiesto que la Alarma juega un papel esencial en el Entrenamiento en Cama Seca y que su eliminación disminuye la eficacia del procedimiento respecto al número de casos que consiguen controlar la enuresis y al tiempo invertido en adquirir dicho control.

Aunque resulta arriesgado extraer conclusiones en cuanto a los grupos 3º y 4º, parece lícito aventurar, en base a éstos

y a los demás análisis efectuados, que el despertar escalonado y el entrenamiento en retención resultan poco eficaces en la corrección de la enuresis.

5.2.2.- Duración del Tratamiento

Si bien este apartado puede parecer redundante respecto a los datos comentados en el apartado anterior, nuestra finalidad era efectuar un análisis que nos permitiera examinar la cuantía de las diferencias (en el tiempo invertido) entre los cuatro tratamientos, cuando se incluían todos los sujetos, los que habían conseguido el éxito y los que no.

Para ello, se efectuó un análisis de varianza cuyos resultados revelaron que existían diferencias entre los grupos experimentales ($F = 39,44$; $P < 0.001$). Las comparaciones entre medias efectuadas con el método de TUKEY, indicaron que tales diferencias debían ser atribuidas exclusivamente al grupo primero, el cual difería prácticamente en el mismo número de días de los otros tres (25,12; 26,75 y 24,37), siendo estas diferencias estadísticamente significativas con una $P < 0.0001$, en todos los casos. (Ver TABLA Nº 53).

Estos resultados nos permiten concluir, con un elevado margen de seguridad, que el componente de la Alarma es indispensable en el Entrenamiento en Cama Seca, y que su asociación con los otros componentes (Práctica Positiva, Despertar Escalonado y Entrenamiento en Retención) resulta mucho más efectiva que cualquier otra combinación entre ellos que no incluya el aparato de alarma.

TABLA Nº 52 .- COMPARACION SOBRE LA EFICACIA DE LOS CUATRO PROCEDIMIENTOS EXPERIMENTALES EN % DE SUJETOS QUE OBTIENEN EL EXITO, NOCHES MOJADAS HASTA ALCANZAR EL CRITERIO INICIAL Y DURACION DEL TRATAMIENTO .-

GRUPOS	N	Casos que alcanzan criterio %	Noches Mojadas hasta criterio Medias y (DT)	Duración Tratamiento
E.C.S. 1	8	8 (100%)	7,3 (2,4)	30,87 (7,35)
E.C.S. 2	8	2 (25%)	7,5 (1,5)	48 (4)
E.C.S. 3	8	1 (*) (12,5%)	11 (-)	67 (-)
E.C.S. 4	8	1 (12,5%)	16 (-)	38 (-)
TOTAL	32	12 (37,0%)	—	—

Casos Criterio	χ^2	g.l.	P
Gr. 1 vs. 2, 3 y 4	19	3	< 0,001
Gr. 1 vs. 2	9,6	1	< 0,01
Gr. 1 vs. 3	12,44	1	< 0,001
Gr. 2 vs. 3	0,4	1	—
Noches Mojadas	"t"	g.l.	P
Gr. 1 vs. 2	0,04	7	—
Duración Tratamiento	"t"	g.l.	P
Gr. 1 vs. 2	2,96	7	< 0,02

(*) Este sujeto obtuvo el criterio una vez terminado el tratamiento antes de efectuar las medidas postratamiento.

TABLA Nº 53 .- ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL SOBRE LA DURACION
DEL TRATAMIENTO ENTRE LOS CUATRO GRUPOS EXPERIMENTALES -
LES (INCLUIDOS LOS SUJETOS QUE ALCANZARON EL EXITO Y
LOS QUE NO LO HICIERON
=====

Fuente de Variación	Suma Cuadrática	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	3915,08	3	1305,02	39,44	< 0.001
Intragrupo	926,38	28	33.085		
Total	4841,46	31			

COMPARACIONES MULTIPLES ENTRE GRUPOS SEGUN EL METODO DE TUKEY
=====

Comparación	Diferencia	P	g.l.
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 2	25,12	< 0.0001	4,28
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 3	26,75	< 0.0001	
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 4	24,37	< 0.0001	
E.C.S. 2 vs. E.C.S. 3	1,75	—	
E.C.S. 2 vs. E.C.S. 4	0,75	—	
E.C.S. 3 vs. E.C.S. 4	2,50	—	

5.2.3.- Frecuencia de Aparición de la Conducta Problema (Enuresis)
durante el Tratamiento.

Con este análisis pretendíamos conocer cómo había ido evolucionando la enuresis a lo largo de las 8 semanas de tratamiento, a fin de obtener una información más exacta sobre su frecuencia en el curso del tratamiento y averiguar cuál de los procedimientos utilizados producía una mayor disminución. (Ver GRAFICO Nº 5).

Se computó en cada grupo el número total de noches mojadas durante el periodo experimental, y se efectuó un análisis de varianza sobre las medias obtenidas. Los resultados del análisis señalaron que existían diferencias significativas entre los cuatro grupos experimentales ($F = 7,02$; $P < 0.005$). Para determinar a qué grupos se debían estas diferencias, se realizaron comparaciones múltiples entre ellos, siguiendo el método de TUKEY. (Ver TABLA Nº 54).

Los datos mostraron que el grupo primero era el único responsable de tales diferencias. La reducción de la enuresis durante la fase de tratamiento fue superior en este grupo que en el segundo (Dif.: 19,38; $P < 0.02$), en el 3º (Dif.: 27,38; $P < 0.005$), y en el cuarto (Dif.: 27,38; $P < 0.005$).

Recordemos que cuando analizamos las diferencias intergrupos, utilizando las medidas pre y postratamiento, el grupo primero y el segundo no diferían significativamente entre sí en cuanto al número de noches mojadas. La razón de esta discrepancia es bien sencilla y debe explicarse en función del tiempo. Como puede observarse

en el GRAFICO Nº 5 , el número de noches mojadas por semana disminuye a cero desde la quinta semana de tratamiento y hasta el final - del mismo, en el grupo primero, en tanto que en el grupo segundo, el número de noches mojadas en la quinta semana es de 2,5 y al final - del tratamiento de 2.

Los resultados anteriores confirman de nuevo la superioridad del E.C.S. cuando el aparato de alarma está incluido en - el procedimiento.

5.2.4.- Mantenimiento de la Continencia durante el Seguimiento

Debido al escaso número de sujetos que adquirieron - el control voluntario de la orina en todos los grupos experimentales, a excepción del primero, no hemos creído conveniente realizar ningún tipo de análisis estadístico.

El periodo de seguimiento oscila entre 2 y 10 meses, la duración exacta del mismo puede confirmarse en la TABLA Nº 55 . - Los resultados muestran que todos los sujetos que obtuvieron el criterio, permanecen secos en los meses posteriores; la razón de noches mojadas por mes es de 0,12 en el primer grupo, 0,25 en el segundo, uno en el tercero y 0 en el cuarto. Sin embargo, estos datos sólo ad - quieren relevancia en el grupo primero, donde todos los niños dejaron de orinarse en la cama en un tiempo medio de cuatro semanas de trata - miento, manteniéndose secos durante los 2, 4, 6 y 10 meses posterio -

res al tratamiento, por lo que puede decirse que no se observan recaídas cuando se utiliza el Entrenamiento en Cama Seca con el aparato de Alarma en el Procedimiento.

En cuanto a los sujetos que fracasaron, hemos hecho un análisis individual sobre cada uno de ellos, a fin de examinar la frecuencia de enuresis durante el periodo de descanso (inicialmente — estipulado en dos meses) que debía transcurrir antes de iniciar el re-entrenamiento.

Los datos, recogidos en la TABLA Nº 56, indican que — de los 6 sujetos que fracasaron con el método terapéutico asignado al grupo 2º, en 3 la disminución de enuresis, conseguida durante el tratamiento, se mantuvo en estos meses. La proporción de noches mojadas — por mes fue de 2, 3 y 5 noches, respectivamente. Dos casos alcanzaron el criterio de 14 noches consecutivas secas y ambos se despertaban a diario para orinar en el W.C. El resto mojaba la cama prácticamente — todos los días, entre 24 y 28 noches por mes.

En el grupo 3º, 2 de los 7 niños que fracasaron durante el periodo experimental, se orinaban bastante menos que durante la Línea de Base, 3, 5 y 12 noches por mes. Uno de ellos obtuvo el criterio, y al igual que ocurría en el grupo segundo, se despertaba para ir al baño a orinar. Los demás seguían orinándose con una frecuencia similar a la registrada durante la Línea de Base.

Por último, sólo en un caso de los 7 que fracasaron en el grupo 4º, se mantuvieron los efectos conseguidos durante el tra

tamiento. Este niño mojaba la cama 12 noches por mes, aproximadamente la mitad de lo que lo hacía al iniciar el tratamiento. Los otros 6 volvieron a mostrar la misma frecuencia de enuresis que durante la Línea de Base, entre 26 y 29 noches por mes.

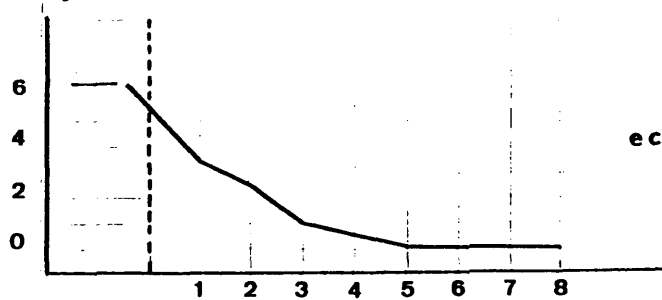
Los resultados anteriores sugieren que el efecto producido, sobre la enuresis, por la combinación de la Práctica Positiva con el Despertar escalonado y el Entrenamiento en Retención (Grupo 2), se mantiene y continúa operando, una vez retirado el entrenamiento.

A nuestro juicio, la variable más importante de los tres componentes mencionados parece ser la Práctica Positiva, ya que del grupo tercero y cuarto, donde no se incluye este componente, el efecto favorable del tratamiento se desvanece, en la mayoría de los sujetos, al suspender el entrenamiento.

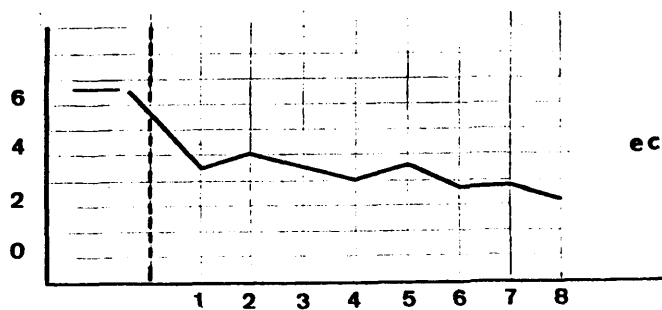
GRAFICO N° 5 .- MODIFICACION ENURESIS (NOCHES MOJADAS)
DURANTE EL PERIODO DE TRATAMIENTO.-

306

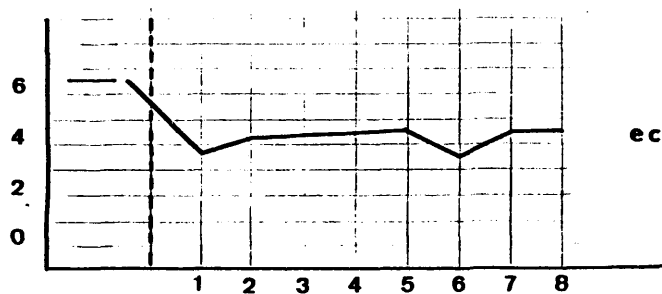
Noches Mojadas



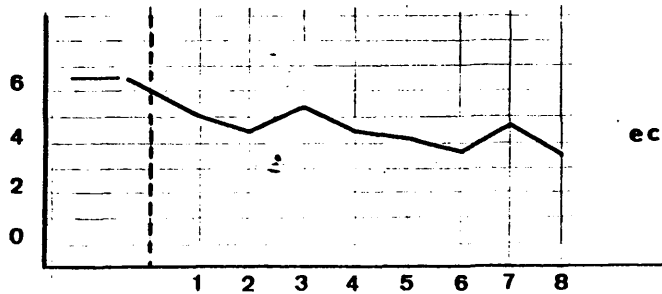
ecs 1



ecs 2



ecs 3



ecs 4

LINEA
BASE

TRATAMIENTO SEMANAS

TABLA Nº 54 .- ANALISIS DE VARIANZA UNIDIRECCIONAL SOBRE FRECUENCIA
DE ENURESIS (NOCHES MOJADAS) DURANTE EL TRATAMIENTO
(8 SEMANAS) ENTRE LOS 4 GRUPOS EXPERIMENTALES.-

Fuente de Variación	Suma Cuadrática	g.l.	Media Cuadrática	F	P
Intergrupo	4004,33	3	1.334,77	7,02	< 0.005
Intragrupo	5318,38	28	189,94		
Total	9322,71	31			

COMPARACIONES MULTIPLES ENTRE GRUPOS SEGUN EL METODO DE TUKEY

Comparación	Diferencia	P	g.l.
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 2	19,38	< 0.02	4,28
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 3	27,38	< 0.005	
E.C.S. 1 vs. E.C.S. 4	27,38	< 0.005	
E.C.S. 2 vs. E.C.S. 3	8,00	> 0,10	
E.C.S. 2 vs. E.C.S. 4	8,00	> 0,10	
E.C.S. 3 vs. E.C.S. 4	0	—	

TABLA N° 55 .- FRECUENCIA DE ENURESIS (NOCHES MOJADAS) EN LOS SUJETOS QUE OBTUVIERON
EL CRITERIO INICIAL DE EXITO (SEGUIMIENTO)

	Nº de Sujetos que - obtuvieron el éxito	Duración Seguimiento (Sujetos — Meses)	Nº Total de Noches Mojadas	Proporción Noches/mes
E.C.S. 1	8	4 sj. (2-4 meses) 4 sj. (5-10 meses)	1 0	0,25 0
E.C.S. 2	2	4 meses	1	0,25
E.C.S. 3	1	3 meses	3	1
E.C.S. 4	1	4 meses	0	0

TABLA Nº 56 .- ANALISIS INDIVIDUAL. FRECUENCIA DE ENURESIS EN LOS
SUJETOS QUE FRACASARON DURANTE EL PERIODO DE DESCANSO (x).

GRUPOS/ SUJETOS	Duración Des- canso- meses.	Nº total No - ches Mojadas.	Proporción No ches/mes	OBSERVACIONES
Gr.2	1	4	2	Obtuvo el Criterio. Se despierta todas las no ches al W.C.
	2	57	28,5	
	3	12	3	
	4	52	26	Obtuvo el criterio. Se despierta todas las no ches al W.C.
	5	10	5	
	6	24	24	
Gr.3	1	10	5	Obtuvo el criterio. Se despierta todas las no ches al W.C.
	2	6	3	
	3	58	29	
	4	57	28,5	
	5	60	30	
	6	60	30	
	7	24	12	
Gr.4	1	28	28	
	2	58	29	
	3	20	20	
	4	24	12	
	5	57	28,5	
	6	51	25,5	
	7	52	26	

(x) Inicialmente estipulado en dos meses.

5.3.- PERCEPCION DE ASPECTOS MOLESTOS DEL PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

=====

La mayoría de los padres coincidieron en considerar que los aspectos más "molestos" o "desagradables" del procedimiento experimental utilizado, estaban relacionados con aquellas instrucciones que imponían la necesidad de levantarse durante la noche (ver TABLA Nº 57).

El registro del número de veces que los niños se orinaban cada noche y durante una semana seguida, efectuado durante la línea de base, fue percibido por el 78 % de los padres como un requisito que les causaba bastante o muchísima molestia. La primera noche de entrenamiento intensivo que exigía que los padres se despertaran cada hora para levantar al niño, fue calificada por el 79 % de los que utilizaban este procedimiento (Grupos 1º, 2º, 3º y 4º) como bastante y muy desagradable.

El grado de molestia provocado por la dirección^o supervisión del entrenamiento, estaba relacionado con el tratamiento que se les hubiera asignado. El 50 % de los padres cuyos hijos recibieron el Entrenamiento en Cama Seca completo, manifestaron que su supervisión era bastante o muy molesta, respecto a un 37,5 % y un 12,5 % de los que recibieron la forma segunda o tercera de tratamiento, respectivamente, y ninguno de los que recibió la forma cuarta.

Solamente un 25 % de los padres pertenecientes al grupo segundo y tercero consideraron que el despertar escalonado les causaba bastantes molestias, mientras que ninguno del grupo primero

manifestó que tal método resultara desagradable. Asimismo, sólo el 25 % de los padres, contrariamente a lo indicado por algunos autores (AZRIN, y Cols., 1974; AZRIN y THIENES, 1978), señalaron que el sonido de la alarma les molestaba bastante o muchísimo.

Por lo que respecta a los niños (ver TABLA Nº 58), el 74,9 % informó que les molestaba bastante o mucho hacer la cama, y sólo a un 13,6 % tener que lavarse cuando se orinaban. Ambas tareas debían realizarse todos los grupos al practicar el Entrenamiento - en Limpieza.

Sin embargo, el 75 % de los sujetos que tuvieron que efectuar la Práctica Positiva contingente a mojar la cama, manifestaron que ésta era bastante (37,5 %) o muy molesta (37,5 %). En el grupo primero, los niños indicaron que les resultaba más desagradable tener que realizar la Práctica Positiva (87,5 %) que el sonido de la alarma (un 50 %). En cuatro casos, 1 perteneciente al primer grupo y 3 al segundo, hubo que disminuir el número de ensayos de Práctica Positiva, a consecuencia de que los niños lloraban y no querían hacerla, lo que provocaba bastante inquietud en los padres.

Curiosamente, tanto los niños asignados al grupo primero y segundo, percibieron en su mayoría (87,5 % y 75 % respectivamente) que el despertar escalonado no era nada desagradable, mientras — que el 50 % de los asignados al grupo tercero consideraron que esta — parte del entrenamiento era muy (37 %) o bastante desagradable (12,5%). La explicación de estas discrepancias podría estar provocada por el hecho de que el grado de molestia que pudiera producir en los grupos 1º y 2º el despertar escalonado, quedaba aminorado ante el que les causaba la realización de la Práctica Positiva.

La ingestión forzada de líquido y el periodo de retención voluntaria que debían efectuar todos los niños en la primera tarde de entrenamiento, fue calificada por la mayoría (84,5 %) como algo poco o nada molesto. Al respecto, interesa resaltar que incluso el grupo 4º, donde se realizaba, además de los ensayos de la primera tarde, un ejercicio diario durante las 8 semanas de tratamiento, el 87,5 % de los niños opinaron del mismo modo.

Resumiendo lo anterior, estos datos parecen indicar que la toma de datos durante la línea de base y la primera noche de entrenamiento intensivo son los aspectos que han provocado un mayor grado de molestia en los padres que han participado en esta investigación. En cuanto a los niños, los aspectos menos gratos del tratamiento eran hacer la cama y realizar la Práctica Positiva.

TABLA Nº 57 :.- ASPECTOS MOLESTOS PERCIBIDOS POR LOS PADRES DURANTE EL PERIODO EXPERIMENTAL (0 = Nada;

1 = Un Poco; 2 = Bastante; 3 = Muchísimo)

	Dirigir Entrenamiento				Registro "veces noche" durante Línea Base				Despertar Escalonado				Despertar cada hora (1 Noche)				Sonido Alarma			
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
S.1	12,5	37,5	25	25	50	37,5	12,5	—	—	—	12,5	87,5	37,5	62,5	—	—	12,5	12,5	12,5	62,5
S.2	12,5	25	—	62,5	37,5	50	12,5	—	12,5	12,5	12,5	62,5	50	12,5	—	37,5				
S.3	12,5	—	—	87,5	25	25	37,5	12,5	12,5	12,5	37,5	37,5	50	25	12,5	12,5				
S.4	—	—	25	75	25	62,5	12,5	—												
LES	9,3	15,6	12,5	62,5	34,3	43,7	18,7	3,1	8,3	8,3	20,8	62,5	45,8	33,3	4,1	16,6				

TABLA No. 58.- ASPECTOS VUESTOS DURANTE EL TRATAMIENTO. VALORACION DE OSGNADO POR PARTE DE LOS NIÑOS (%)
 (0 = Nada; 1 = Un Poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho)

	Ingestión Líquida				Regurgitación Or-Jine				Lactancia				Hacer Cama				Despertar Escalofreado				Pretcción Positiva				Alarma					
	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0		
E.C.S.1	—	25	12,5	62,5	—	25	25	50	—	—	12,5	87,5	12,5	37,5	50	—	12,5	—	—	87,5	37,5	50	12,5	—	12,5	37,5	50	—		
E.C.S.2	12,5	—	12,5	75,0	—	—	25	75	—	25	50,0	25,0	12,5	75,0	—	12,5	—	25	—	75,0	37,5	25	37,5	—						
E.C.S.3	—	25	12,5	62,5	—	12,5	—	87,5	—	25	12,5	62,5	37,5	62,5	—	—	37,5	12,5	37,5	12,5										
E.C.S.4	12,5	—	62,5	25,0	12,5	—	87,5	—	12,5	—	12,5	75,0	25,0	37,5	12,5	25,0														
TOTALES	6,2	12,5	25,0	59,5	3,1	9,3	26,1	53,1	3,1	12,5	21,6	62,5	21,6	53,1	15,6	9,3	16,6	12,5	12,5	56,3	37,5	37,5	25,0	—	12,5	37,5	50	—		

6.- DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES
=====

6.- DISCUSION Y CONCLUSIONES GENERALES

=====

6.1.- Discusión de los Resultados

6.2.- Resumen y Conclusiones Generales.

6.1.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Buena parte de los comentarios que vamos a desarrollar a continuación, han sido ya esbozados en el apartado anterior, al analizar los resultados obtenidos. En este epígrafe retomamos nuestras conclusiones, concretándolas y discutiéndolas a la luz de los resultados encontrados en otros estudios que han utilizado el Entrenamiento en Cama Seca.

En primer lugar, conviene destacar que los análisis efectuados entre las medidas pre y postratamiento sobre la frecuencia de enuresis, pusieron de manifiesto una disminución de la misma en los cuatro grupos experimentales, aunque ésta fue mayor en unos grupos que en otros.

Lo anterior indica un efecto beneficioso sobre la enuresis nocturna de las cuatro formas de tratamiento utilizadas. Sin embargo, mientras este efecto se mantenía durante el periodo de seguimiento en todos los sujetos que obtuvieron el criterio inicial de éxito (100% en el primer grupo; 25% en el segundo y 12,5% en el tercero y cuarto), no ocurrió igual con los sujetos que fracasaron, donde una vez retirado el tratamiento, la mayoría volvió a orinarse con una frecuencia similar a la que lo hacía antes de comenzarlo.

Este hecho fue especialmente evidente en los grupos 3º y 4º. En el 4º (Entrenamiento en Retención), únicamente en uno de los 7 casos que fracasaron se mantuvo el efecto del tratamiento. En

el grupo 3º (Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención), la influencia positiva del entrenamiento perduró en 2 de los 7 niños que fracasaron, uno de los cuales consiguió el criterio inicial de éxito durante los dos meses que siguieron a la retirada del mismo. En cuanto al grupo 2º (Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención), el efecto del tratamiento continuó operando en 3 de los 6 sujetos que fracasaron, dos de los cuales lograron obtener el criterio.

Los resultados anteriores sugieren que los efectos producidos sobre la enuresis por la combinación de los tres componentes que actuaban en el grupo 2º, tiende a mantenerse en un 50% de los casos una vez eliminado el procedimiento, en tanto que la influencia provocada por los que operaban en el grupo 3º y 4º sólo se mantiene en un 29 % y 14% de los sujetos, respectivamente. Puesto que la duración del efecto del tratamiento perdura en un mayor número de sujetos pertenecientes al grupo 2º respecto al 3º y 4º, creemos que el componente directamente responsable de tales diferencias debe ser la Práctica Positiva que actúa en el grupo 2º pero no en el 3º y 4º.

Para agilizar la redacción y evitar densidad o monotonía en la misma, recordamos los componentes que forman los diferentes modelos de tratamiento asignados a los grupos experimentales:

GRUPO 1º = Aparato de Alarma + Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención.

GRUPO 2º = Práctica Positiva + Despertar Escalonado + Entrenamiento en Retención.

GRUPO 3º = Despertar Escalonado + Entrenamiento en retención

GRUPO 4º = Entrenamiento en Retención

Los resultados obtenidos al comparar los cuatro - grupos experimentales, pusieron de manifiesto la superioridad del tratamiento asignado al grupo 1º frente al 3º y 4º, en cuanto a la reducción de la enuresis, tanto en el número de noches mojadas como en el número de veces que los niños se orinaban cada noche. La respuesta de despertar ante la necesidad de orinar se vio incrementada en los grupos 1º y 2º respecto al 3º y 4º.

El grupo 1º no difería significativamente del 2º, ni en noches mojadas, veces noche, ni despertar. Sin embargo, la inclusión de la Práctica Positiva en el grupo 2º no arrojaba diferencias significativas respecto al grupo 3º y al 4º; asimismo, la ausencia del despertar escalonado en el grupo 4º no produjo una diferencia estadísticamente significativa entre éste y el 3º.

A nuestro juicio, estos datos parecen indicar que la combinación del aparato de alarma con la práctica positiva son responsables de gran parte del éxito final, puesto que el grupo 1º y 2º no se diferenciaban entre sí. Esta sugerencia se confirmaría también por el hecho de que la asociación entre práctica positiva, despertar escalonado y entrenamiento en retención no proporcione mejores efectos que el despertar escalonado y el entrenamiento en retención o que el entrenamiento en retención sólo, como se desprende de que el grupo 2º no se diferenciaba del 3º y 4º, ni éstos últimos entre sí.

A excepción del grupo primero, los otros no diferían en capacidad funcional de vejiga en ninguna de las medidas efec -

tuadas para determinarla. En el grupo 1º se observaron diferencias — significativas entre las puntuaciones (en ml.) obtenidas en Línea de Base y Postratamiento, tanto en cantidad media de orina ($P < 0.02$), como en cantidad máxima ($P < 0.05$), aunque no en frecuencia de micción nocturna. Sin embargo, durante la Línea de Base, todos los grupos diferían significativamente del control en cantidad de orina evacuada — (media y máxima) aunque no en frecuencia diurna.

Los análisis intergrupos revelaron que éstos no diferían entre sí ni respecto al control, en esta variable (capacidad funcional de vejiga). Estos datos parecen indicar que, si bien los cuatro modelos de tratamiento aumentaron, en mayor o menor grado, la capacidad funcional hasta el punto de que los sujetos enuréticos no se diferenciaban de los no enuréticos, la cuantía del aumento no arrojó diferencias significativas entre ellos. Las diferencias observadas en el grupo 1º no debieron ser lo suficientemente potentes para conseguir una razón "F" estadísticamente significativa, al efectuar el análisis de covarianza.

Los datos anteriores ponen de manifiesto que la relación entre incremento de capacidad de vejiga y disminución de la enuresis nocturna es bastante confusa. Varios autores han observado que el aumento de la capacidad funcional no parece afectar a la enuresis, (DOLEYS y WELLS, 1975; HARRIS y PURCHIT, 1977; GRAÑA Y CARROBLES, 1980). Otros (DOLEYS y Cols., 1977; FIELDING, 1980 a) han señalado que la capacidad de vejiga parece aumentar como consecuencia de la adquisición de la continencia nocturna, en tanto que ésta no se logra aunque la otra se incremente, cuestionando la creencia de que una capacidad de vejiga funcionalmente pequeña sea la causa de la enuresis. Los resultados obtenidos por nosotros van en la misma dirección, puesto que en

el grupo donde se encontró un aumento significativo de la capacidad de vejiga todos los sujetos habían dejado de orinarse.

La falta de diferencias estadísticamente significativas sobre frecuencia de enuresis entre el grupo 1º y 2º, puede ser considerada, a primera vista, como un resultado contradictorio respecto a los obtenidos por otros investigadores que han analizado la eficacia - del Entrenamiento en Cama Seca con y sin aparato de alarma, (NETTELBECK y LANGELODECKE, 1979; BOLLARD y NETTELBECK, 1981).

Un análisis detallado de tales discrepancias, indica que en ambos estudios se han computado el número total de noches mojadas por semana durante todo el periodo experimental (8 y 20 semanas, - respectivamente), en tanto que nosotros hemos utilizado en nuestro análisis las medidas efectuadas durante la fase de Postratamiento (7 días) las cuales se realizaban después de una semana de haber suprimido el - Tratamiento. Nuestro objetivo era doble, averiguar el posible efecto de los componentes examinados sobre la eliminación o reducción de la enuresis y comprobar su nivel de eficacia respecto al porcentaje de sujetos que obtenían el criterio inicial de éxito, la duración del tratamiento y la frecuencia de enuresis durante la fase experimental.

Hecha esta salvedad, los resultados obtenidos en nuestro trabajo no difieren en gran medida de los encontrados por BOLLARD y WOODROFFE (1977), ni BOLLARD y NETTELBECK (1981). En el estudio de BOLLARD y NETTELBECK observamos que, si tomamos los datos de la última semana de tratamiento, para efectuar comparaciones entre grupos, el E. C.S. sin alarma redujo el número de noches mojadas de 5,7 (Línea de Ba se) hasta 1,5 (26%) aproximadamente, mientras que el E.C.S. con alarma

eliminó por completo la enuresis, de modo que el número de noches mojadas era 0. Algo parecido ocurre en el trabajo de BOLLARD y WOODROFFE, (1977), donde el número de noches mojadas disminuyó de 7 a 3 (43%) y de 7 a 0, con el E.C.S. sin y con aparato de alarma, respectivamente. En nuestro caso, el número de noches mojadas había descendido desde 6 a — 2,37 (40%) en el grupo 2º (E.C.S. sin alarma) y de 6,62 a 0 en el grupo 1º (E.C.S. con alarma).

En nuestra opinión, si ambos autores hubieran efectuado sus análisis con estos datos, seguramente no hubieran obtenido diferencias significativas entre los dos grupos. En el caso de BOLLARD y NETTELBECK (1981), la diferencia en noches mojadas entre el E.C.S. sin alarma y el E.C.S. con alarma es sólo de un punto (1,5 y 0 noches, respectivamente). Similarmente, nuestros resultados indican que la diferencia entre el grupo 1º y el 2º, es solamente de 2,3, insuficiente para lograr un nivel de significación estadística.

Estos comentarios merecen una reflexión más profunda. Ciertamente, entre 2,37 y 0, la diferencia numérica es muy pequeña para ser estadísticamente significativa. Sin embargo, lo que verdaderamente está indicando una puntuación de cero es que los niños han dejado de orinarse, y que el problema que los llevó a consultar con un terapeuta ha sido resuelto, en tanto que una puntuación de 2,37 señala que la enuresis persiste entre 2 y 3 noches por semana, por lo que el problema no se ha controlado aún.

Las reflexiones anteriores sugieren que deberían tomarse con precaución las conclusiones de ciertos estudios en los que se —

compara la eficacia entre distintos tratamientos, cuando se analizan - medidas postratamiento similares a las utilizadas en el nuestro. En ta les casos, los análisis estadísticos no parecen apreciar ciertas dife- rencias cualitativas, como por ejemplo, entre no ser enurético y seguir siéndolo, aunque sea en menor grado.

Respecto al grado de eficacia en cuanto al porcentaje de sujetos que consiguió el criterio inicial de éxito (14 noches conse- cutivas secas), debemos concluir que el grupo 1º resultó ser significa- tivamente superior a los otros tres. Todos los sujetos (100 %) que re- cibieron el E.C.S. completo, consiguieron obtener dicho criterio, fren- te a 2 (25 %) en el grupo 2º ($\chi^2 = 9,6$; $P < 0.01$) y 1 (12,5 %) en los grupos 3º y 4º ($\chi^2 = 12,44$; $P < 0.001$).

Estos resultados son prácticamente iguales a los obte- nidos por BOLLARD y NETTELBECK (1981), quienes informaron que el 100 % de los casos entrenados con el Entrenamiento en Cama Seca completo al - canzaron el criterio (14 noches secas), mientras que sólo el 25 % de los que recibieron el E.C.S. eliminando el aparato de alarma, lo lograron. Por el contrario, BOLLARD y WOODROFFE (1977); NETTELBECK y LANGELUDEC KE (1979) y GRAÑA y CARROBLES (1980) señalaron que ninguno de los suje- tos tratados con el E.C.S. sin alarma consiguieron el criterio de éxito durante un periodo de 13 y 8 semanas, respectivamente. Sin embargo, CA DERES (1980) que utilizó el E.C.S. modificado por AZRIN y THIENES en - 1978, encontró que el 28% de los niños entrenados, obtuvieron el crite- rio.

Los análisis efectuados sobre la duración del trata - miento en los cuatro grupos experimentales, mostraron que el E.C.S. com- plete era significativamente más rápido en corregir la enuresis que los

otras formas de tratamiento, tanto cuando analizamos el tiempo invertido por los sujetos que consiguieron el éxito en cada grupo, como al analizar los datos incluyendo todos los sujetos (los que obtuvieron el éxito y los que no).

Los resultados obtenidos sobre la frecuencia de enuresis, computando las noches mojadas por grupo, durante las 8 semanas de tratamiento, indican diferencias significativas entre el grupo 1º / 2º ($P < 0.02$), 1º y 3º ($P < 0.005$) y 1º y 4º ($P < 0.005$). Estos datos van en la misma dirección que los publicados por otros autores, respecto a la importancia de la alarma en el E.C.S. Recordemos que, cuando analizamos el efecto y no la eficacia de los componentes que actuaban en cada grupo experimental, utilizando las medidas Postratamiento, no obtuvimos diferencias significativas estadísticamente entre el grupo 1º y 2º.

De todo lo expuesto, podemos extraer alguna conclusión a saber: que el componente de alarma es una pieza clave del procedimiento de AZRIN y Cols. (1974); que la práctica positiva parece el segundo componente más importante; y que el despertar escalonado y el entrenamiento en retención no consiguen un efecto sustancial sobre la enuresis, cuando la práctica positiva no está presente.

Como se recordará, nosotros incorporamos en el E.C.S. completo, las modificaciones efectuadas por AZRIN y THIENES (1978) sobre el E.C.S. original, lo que implicaba incluir en el procedimiento inicial (AZRIN y Cols. 1974) dos nuevos elementos, el Entrenamiento en Retención y el Role-Playing de la Práctica positiva, que suponía, de-

más, que la fase de entrenamiento intensivo se llevara a efecto durante una tarde y una noche. A la vista de nuestros resultados y comparándolos con los de BOLLARD y WOODROFFE (1977) y BOLLARD y NETTELBECK (1981), creemos que la inclusión de estos elementos no ha conseguido incrementar considerablemente la efectividad del E.C.S. (sin alarma) respecto al porcentaje de sujetos que obtuvieron el éxito durante el periodo experimental. Sin embargo, las diferencias encontradas en nuestro estudio, obtienen un nivel de significación estadística menos acusado que en el trabajo de BOLLARD y NETTELBECK ($P < 0.01$ vs. $P < 0.001$); igual ocurre con respecto al tiempo invertido en conseguir el criterio ($P < 0.02$ vs. $P < 0.001$). Además, en nuestro caso, no hubo diferencias significativas en cuanto al número de noches mojadas hasta conseguir el criterio, entre el E.C.S. con y sin alarma, ($P < 0.10$) respecto a $P < 0.001$).

Es difícil extraer conclusiones de estas discrepancias dado el escaso tamaño de la muestra y que nuestros datos se refieren solamente a los dos casos que triunfaron en el grupo 2º, frente a los 8 que lo hicieron en el primero.

Con todo, nuestros resultados no coinciden en absoluto con los publicados por AZRIN y THIENES (1978); AZRIN y Col. (1979) y BE SALEL y Cols. (1980), quienes indicaban que, aproximadamente, el 95 % de los sujetos tratados con el E.C.S. modificado (muy similar al usado por nosotros en el grupo 2º) consiguen el criterio inicial, aunque la duración del tratamiento (entre 20 y 24 semanas) era superior al tiempo estipulado en nuestro estudio (8 semanas).

BOLLARD y NETTELBECK (1981) señalaron que cuando se utiliza el E.C.S. sin alarma durante bastante tiempo (20 semanas), un

alto porcentaje de padres (60 %) abandonaban el tratamiento prematura - mente a consecuencia del escaso éxito conseguido y del esfuerzo que suponía el seguir las instrucciones del procedimiento. Contrariamente, - AZRIN y THIENES (1978) informaron que en su estudio, sólo se había producido un 8 % de abandonos.

El porcentaje de sujetos que abandonaron el tratamiento en la presente investigación, puede considerarse mínimo, un 4,5 % (dos sujetos de la muestra inicial), y además ambos casos pertenecían - al grupo 4º (Entrenamiento en Retención). Sin embargo, un 15,9 % abandonaron la investigación durante la Línea de Base, porque las demandas experimentales eran excesivas. Al respecto, el 78 % de los padres que permanecieron en el estudio, indicaron que el registro de la frecuencia con que sus hijos se orinaban cada noche, les había causado mucha molestia.

Nuestro propósito final consistía en analizar la posibilidad de simplificar el Entrenamiento en Cama Seca, con vistas a disminuir el esfuerzo que exige la supervisión del procedimiento. A la luz de los resultados obtenidos, en cuanto al efecto y eficacia de los componentes examinados, creemos que tal simplificación es factible.

En primer lugar, nuestros datos indican que el aparato de alarma es un componente esencial en el procedimiento y que es el único que no puede ni debe eliminarse del procedimiento. Curiosamente, - fue el que AZRIN y THIENES (1978) suprimieron en la modificación que efectuaron sobre el E.C.S. original (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974). A pesar de lo incómoda que resulta la realización de la Práctica Positiva,

percibida por los niños (87,5 %) como un aspecto más molesto que el sonido de la alarma (50 %), los datos sugieren que es un componente más importante que el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención, operando a la vez, o que el Entrenamiento en Retención actuando en solitario. Consecuentemente y a partir de nuestros datos, no podemos aconsejar su eliminación.

Los resultados obtenidos con el Entrenamiento en Retención, cuyo efecto sobre la enuresis no parece aportar beneficios sustanciales, cuando la Práctica Positiva y la Alarma no están presentes, nos permiten concluir, a nivel de hipótesis, que su eliminación no afectaría en gran medida al éxito final del procedimiento en Cama Seca.

La eficacia observada en este estudio con la técnica de KIMMEL, ofrece resultados similares a los publicados por otros autores respecto a la incapacidad de este método para corregir la enuresis nocturna. Las investigaciones efectuadas con el Entrenamiento en Retención, han mostrado que, aproximadamente, el 19 % de los sujetos tratados con esta técnica, obtienen el criterio inicial de éxito en un tiempo de unas 8 semanas.

Nuestra opinión acerca de que el Entrenamiento en Retención puede ser eliminado del E.C.S. completo, viene además apoyada por el hecho de que el E.C.S. en su versión original (AZRIN, SNEED y FOX, 1974) no incluía este componente y sin embargo, la efectividad del mismo es incuestionable a partir de la evidencia experimental disponible. El Entrenamiento en Cama Seca, con alarma, ha demostrado ser más efectivo, en la eliminación de la enuresis nocturna, que la técnica

de MOWPER (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, 1974; BOLLARD y NETTELBECK, 1981) y que el método de KIMMEL (DOLEYS y Cols., 1977; GRAÑA Y CARROBLES, 1980).

Por otro lado, puesto que la asociación del Entrenamiento en Retención con el Despertar Escalonado, no ha producido efectos — diferenciales respecto a los observados con el Entrenamiento en Retención utilizado en solitario, tampoco parece un componente básico en la efectividad del E.C.S. En nuestra opinión, si se mantiene el aparato — de alarma para despertar al sujeto, la inclusión de este componente tampoco parece necesaria. Recordemos al respecto, que la Respuesta de Despertar no resultó alterada, con relación a la Línea de Base, ni en cuanto al porcentaje de sujetos que se despertaban a orinar, ni en cuanto — al número de veces por semana que lo hacían. Sin embargo, uno de los — objetivos de esta técnica era, en opinión de los creadores del E.C.S. . (AZRIN, y Cols., 1974) enseñar al niño a despertarse ante los estímulos suaves y tal objetivo no parece haberse logrado en nuestro estudio.

De los comentarios efectuados a lo largo de estas páginas, parece desprenderse que el Entrenamiento en Cama Seca podría simplificarse, sin disminuir su efectividad, eliminando el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención, pero manteniendo la ingestión — de líquidos antes de acostarse.

La ingestión de líquidos posibilita un mayor número de ensayos de condicionamiento; esta técnica conocida como sobreaprendizaje, suele utilizarse con el método de MOWPER para disminuir el porcentaje de recaídas. Los resultados experimentales han resultado favorables respecto a la adecuación del procedimiento al fin perseguido (YOUNG y MORGAN, 1972 a, 1972 b, 1973 b; TAYLOR y TURNER, 1975). El manteni —

miento en el E.C.S. de la ingestión de líquidos, permitiría que la asociación alarma - práctica positiva ocurriera más veces, de modo que la respuesta incorrecta (enuresis) se eliminara más rápidamente, al ser castigada más veces, razón por la que creemos que debe seguir utilizándose.

Teniendo en cuenta lo anterior, el E.C.S. quedaría — formado por dos de los cuatro componentes investigados en este estudio: Alarma y Práctica Positiva, más los componentes que no han sido examinados y que actuaban por igual en todos los grupos, a saber: Entrenamiento en Limpieza contingente a mojar la cama y Refuerzo positivo cuando la cama está seca. En tal sentido, nuestras conclusiones parecen — coincidir con la hipótesis de BOLLARD y NETTELBECK (1981) quienes sugerían que, probablemente, la mayor efectividad del E.C.S. respecto a la técnica de MOWRER, podría estar motivada por la inclusión de la Práctica Positiva y el Entrenamiento en Limpieza, que ocurren inmediatamente después de que el niño se ha orinado.

Por otro lado, la eliminación de los componentes señalados, supondría la necesidad de efectuar ciertas modificaciones sobre la puesta en práctica del entrenamiento, como suprimir la fase del Entrenamiento Intensivo. Este aspecto implicaría, según se desprende de nuestros datos, una disminución considerable de la molestia producida a los padres durante la primera noche de tratamiento.

Desde un punto de vista teórico, creemos que la Práctica Positiva y el Entrenamiento en Limpieza pueden ser considerados, de acuerdo con ROSS (1981) como técnicas de castigo que se aplican continuamente a la respuesta incorrecta (mojar la cama).

No nos es posible extraer conclusiones sensatas acerca de los efectos secundarios que puedan provocar el uso de estas técnicas a partir de los datos disponibles en este trabajo, sin embargo, merece la pena destacar que, en cuatro niños, 1 perteneciente al grupo 1º y 3 al 2º, tuvimos que disminuir el número de ensayos de Práctica Positiva porque lloraban y se negaban a realizarla, lo que provocaba bastante inquietud en sus padres acerca de lo adecuado del procedimiento que es taban empleando para ayudar a sus hijos.

Hacemos notar que estas alteraciones emocionales se - produjeron más en el grupo 2º que en el primero, lo que podría indicar que los niños admiten mejor el castigo contingente que el demorado. La actuación de la terapeuta en tales casos resultó de gran importancia, pues, a pesar de que la reducción en el número de ensayos fué mínima (de 15 a 10), los niños no volvieron a quejarse.

La cumplimentación del cuestionario de conducta des - pués del periodo experimental, puso de manifiesto que no se habían pro - ducido cambios de comportamiento, que debieran ser atribuidos al proce - dimiento terapéutico, en la mayoría de los sujetos. El 84 % de las ma - dres indicaron que no se habían observado cambios de conducta en sus - hijos, en tanto que el 12,5 % informaron de cambios positivos y un 3,5 % de cambios negativos relacionados con falta de atención.

BUTLER (1976) utilizó un método rápido para entrenar a niños pequeños (2 - 3 años) en el uso del W.C. durante el día, dise - ñado por FOXX y AZRIN (1973) y AZRIN y FOXX (1974). Sus datos indica - ron que la Práctica Positiva producía fuertes reacciones emocionales en el 20 % de los niños. MATSON (1975) y MATSON y OLLENDICK (1977),

observaron los mismos efectos con el uso del Entrenamiento en Limpieza y la Práctica Positiva, cuando utilizaron el método de FOXX y AZRIN.

Los resultados anteriores sugieren la necesidad de - investigar los efectos secundarios derivados de la utilización de estas técnicas.

Al terminar esta discusión, queremos llamar la atención sobre el hecho de que las opiniones aquí mantenidas deben ser interpretadas como conclusiones tentativas, en tanto en cuanto nuestras sugerencias no sean investigadas experimentalmente.

6.2.- RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES

El propósito de este epígrafe no es otro que el de - destacar los resultados más importantes obtenidos en la presente in - vestigación, así como ciertos aspectos fundamentales de la misma. En consecuencia, trataremos de evitar, en lo posible, la discusión y co - mentarios sobre ellos, suficientemente detallados a lo largo de este estudio. A tal fin, presentaremos los datos agrupados en una serie - de enunciados:

- 1º) El trabajo que hemos realizado debe ser encuadrado en un marco eminentemente clínico , en el que se han utilizado procedimien - tos terapéuticos y explicaciones teóricas sobre la enuresis - nocturna, extraídas de la terapia y modificación de conducta.
- 2º) El objetivo perseguido consistía en examinar la efectividad par - cial de algunos de los componentes implicados en el Entrena - miento en Cama Seca (AZRIN, SNEED y FOXX, 1974), con la inten - ción final de proponer una simplificación del mismo a partir - de los resultados experimentales conseguidos.
- 3º) La fase experimental se diseñó siguiendo una estrategia de — "Desmantelamiento" (KAZDIN y WILSON, 1978; AGRAS y Cols. 1979) la cual se lleva a efecto comparando varios grupos experimenta - les que reciben el mismo tratamiento, a excepción del componen - te o componentes que van a ser investigados. Este tipo de di - seño permite averiguar qué componentes son necesarios y sufi —

cientes para producir un cambio en la conducta del paciente y cuáles podrían ser eliminados sin que la efectividad del tratamiento resulte disminuida.

En este trabajo se han comparado cuatro grupos experimentales. El primero recibió el Entrenamiento en Cama Seca completo; en el segundo se eliminó el aparato de alarma; en el tercero se suprimieron la alarma y la práctica positiva, y en el cuarto, se eliminó además de los dos elementos anteriores, el despertar escalonado.

La efectividad de los componentes que actuaban en los 4 modelos de tratamiento, se analizó desde dos puntos de vista, el efecto que producían sobre la eliminación o reducción de la enuresis, y el nivel de eficacia alcanzado, respecto al porcentaje de sujetos que obtenían el criterio inicial de éxito, la duración del tratamiento y la frecuencia de ocurrencia de la conducta problema (enuresis) durante el periodo experimental (8 semanas).

- 4º) Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que el E.C.S. completo es un método altamente eficaz en la corrección de la enuresis nocturna. Todos los sujetos asignados al grupo 1º dejaron de orinarse en un tiempo máximo de 4 semanas, manteniéndose establemente secos durante el periodo de seguimiento.

La eliminación de la alarma en el grupo 2º supuso un importante decremento respecto a la efectividad de este procedi

miento para corregir la enuresis, si bien se produjo una reducción considerable de la misma. Esta disminución debe ser atribuida a la asociación de la Práctica Positiva con el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención.

Sin embargo, la presencia de la Práctica Positiva en el grupo 2º no produjo diferencias respecto al 3º y 4º, en los que estaba ausente ese elemento; asimismo, la eliminación del Despertar Escalonado en el grupo 4º no provocó efectos diferenciales sobre la enuresis respecto del 3º, donde se incluía este componente.

Estos datos parecen indicar que la combinación del aparato de alarma con la Práctica Positiva, son responsables de buena parte del éxito conseguido en el grupo 1º.

- 5º) A partir de nuestros resultados, podemos concluir con un elevado margen de seguridad, que el Aparato de Alarma es un componente esencial del Entrenamiento en Cama Seca, y que no debe ni puede ser eliminado, sin correr el riesgo de reducir considerablemente la eficacia del procedimiento.

En cuanto al resto de los elementos examinados, en este trabajo, nuestros datos sugieren que la Práctica Positiva es un componente más importante que el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención, operando juntos, o que el Entrenamiento en Retención actuando en solitario. En consecuencia, no podemos aconsejar su eliminación, a pesar de resultar una técnica bastante molesta para los niños.

- 6ª) La revisión teórica efectuada y nuestros propios resultados - nos permiten sugerir que el Entrenamiento en Cama Seca puede - ser simplificado sin que su eficacia resulte seriamente dañada, eliminando el Despertar Escalonado y el Entrenamiento en Retención voluntaria, aunque manteniendo la ingestión forzada de líquidos, generalmente utilizada en este último.

La ingestión forzada de líquido, aproximadamente -- una hora antes de que el niño se acueste (como recomiendan AZ-RIN y Cols (1974)), produce un incremento de la respuesta incorrecta (micción), la cual podría ser eliminada rápidamente, si cada vez que se produce se aplicase contingentemente (gracias a la alarma) la Práctica Positiva, que es interpretada como -- una técnica de castigo (ROSS, 1981).

La supresión de los componentes señalados supondría la necesidad de modificar la puesta en práctica del procedimiento, puesto que la fase de entrenamiento intensivo sería innecesaria. Este aspecto, implicaría también una disminución - del grado de molestia que provoca en los padres la primera noche de entrenamiento.

Las sugerencias anteriores deben ser interpretadas a un nivel meramente hipotético hasta que no sean contrastadas experimentalmente.

- 7ª) Nuestro estudio pone de manifiesto, una vez más, que los procedimientos terapéuticos desarrollados por la Terapia y Modificación

ción de Conducta para corregir la enuresis nocturna, no pueden ser ignorados o desconocidos por el Psicólogo Clínico. — El hecho de que el E.C.S., un método de reciente creación — (AZRIN, SNEED y FOXX, 1973, 1974), haya conseguido eliminar este problema en tan corto espacio de tiempo, justifica la — importancia que esta orientación otorga a la investigación — empírica y permite suponer que sus principios teóricos son vá lidos, en tanto en cuanto las técnicas derivadas de ellos — también lo son.

En relación con lo anterior, y contrariamente a lo que suele suceder en Psicología o en otros campos del conoci miento científico, donde técnicas y explicaciones teóricas — cambian con facilidad, la Teoría de MOWFER y MOWFER (1938) y el procedimiento por él desarrollado siguen teniendo plena vi gencia en la explicación y corrección de la enuresis nocturna.

337

7.- APENDICES

APENDICE Nº 1 .- MODELOS DE REGISTROS UTILIZADOS PARA EFECTUAR
LA RECOGIDA DE DATOS.-

11

2011年12月31日

233

T

REGISTRO DURANTE TRATAMIENTO (E.C.S. 1 - 2 - 3 - 4)

CODIGO

FECHA COMIENZO

Nº HISTORIA 340

NOMBRE Y APELLIDOS

FASE I : Primer día de Entrenamiento. Retención voluntaria (por la tarde)					
Nº DE ENSAYOS	COMIENZO: Hora en que bebe líquido	Hora que pide hacer pis	Tiempo de Espera (Minutos)	Cantidad de orina (ml. o cc)	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
Ejemplo					

INSTRUCCIONES : Anote cada vez que el niño pida hacer pis como un ensayo. Indique la hora, tiempo de espera y cantidad de orina.

Indiquen si ocurre algo fuera de lo habitual en el aparado de observaciones.

Sigan las instrucciones en cuanto a la cantidad de líquido que debe tomar y el tiempo de espera.

REGISTRO DURANTE TRATAMIENTO (E.C.S. 1)

CODIGO

341

FECHA COMIENZO

Nº DE HISTORIA

NOMBRE Y APELLIDOS

EJEM.:

INSTRUCCIONES : - Utilicen los siguientes signos: "M" = mojado; "S" = Seco; "N" = si la la alarma la apaga el niño; "P" = Si la apaga el padre y "M" = si la apaga la madre .

- En observaciones, indiquen si el niño realiza sus "tareas" cuando se hace pis (lavarse, cambiar cama y ensayos al W.C.) Si no lo hiciera, especifiquen exactamente qué es lo que no ha hecho.

REGISTRO DURANTE TRATAMIENTO (E.C.S. - 1)

CODIGO

Nº DE HISTORIA 542

342

FASE II : Entrenamiento Posterior

FECHA	Hora acostarse/ levantarse.	Hora que suena la alarma.	¿Quién des- conecta la alarma?	Hora que se despierta sólo y va al W.C	¿Se ha hecho pis?	OBSERVACIONES
EJEMP.: :						

Saco

INSTRUCCIONES : - Anote cada día los datos que le pedimos

A = hora en que se acuesta

L = hora en que se levanta

INDIQUE, en el apartado de "OBSERVACIONES" si hay fallos en el aparato y si el niño realiza los ensayos de ir al W.C. y el Entrenamiento en Limpieza cuando se orina. Si no lo hace, especifique exactamente lo que no ha hecho.

Esté atenta a si va al baño a hacer pis.

Recuerde y compruebe que su hijo anota las veces que hace pis cada día.

CODIGO

343

FECHA COMIENZO :

Nº DE HISTORIA

NOMBRE Y APELLIDOS

EJEM.:

INSTRUCCIONES : - Utilicen una "M" para indicar si esta MOJADO y una "S" para indicar si está SECO.

- En observaciones, indiquen si el niño realiza sus tareas cuando se ha hecho pis : hábitos de limpieza, etc. Si no lo hiciera, especifiquen exactamente lo que no ha hecho.

CODIGO

Nº DE HISTORIA 344

NOMBRE Y APELLIDOS

[illegible]

EJ.

INSTRUCCIONES : Anote cada día los datos que le pedimos. Utilice los siguientes signos:
M = MOJADO; S = SECO; Indique en Observaciones si el niño cumple sus
tareas cada vez que orina la cama: si se lava, hace la can, etc. Espe-
cifique en caso contrario las cosas que no hace.

Esté atenta a si se levanta y va al baño a hacer pis.

Recuerde y compruebe que su hijo anota las veces que hace pis cada día.

REGISTRO DURANTE TRATAMIENTO (E.C.S. - 4)

FECHA DE COMIENZO

Nº DE HISTORIA345.

NOMBRE Y APELLIDOS

FASE II : Entrenamiento posterior. Ejercicio Retención Voluntaria

FECHA	Comienzo ejercido hora que bebe lí- quido.	Hora que pide ha- cer pis	Tiempos para (mi- nutos)	Cantidad orina (ml. o cc.)	Hora que se acues- ta	Hora des- pertar solo e ir al W.C.	Mañana: hora le- vanta ¿mg jado o se co?	OBSERVACIONES
EJEMP.:								

INSTRUCCIONES : - Anote cada día los datos que le pedimos, siguiendo las instrucciones del Tratamiento. Utilice "M" para indicar que se ha hecho pis y "S" cuando - está seco por la mañana. Esté atenta a si se despierta por la noche y va al baño a hacer pis.

- En observaciones, indique si su hijo realiza sus tareas: lavarse, cambiar sábanas, hacer cama, etc. En caso contrario anote exactamente qué no hace.
- Recuerde y compruebe que su hijo anota las veces que hace pis cada día.

CONTROL ENURESIS - SEGUIMIENTO

CODIGO

(TODOS)

Fecha comienzo

Nombre y Apellidos Nº HISTORIA

346

MES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31		

TOTAL

MES

1	2	2
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31		

TOTAL

MES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31		

TOTAL

MES		DESPERTAR	
DIA	EJEMP.		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

TOTALES

--	--	--

INSTRUCCIONES :

- Si la cama está seca por la mañana = 0
- Si la cama está mojada por la mañana = X
- ANOTE la hora en que el niño se despierta y va al W.C.
- Si no se despierta ponga una raya.

347

APENDICE Nº 2.- C U E S T I O N A R I O S

=====

El presente cuestionario recoge una serie de preguntas relacionadas con el problema de su hijo (hija). Léalo despacio y atentamente. Para contestar, rodee con un círculo la palabra SI o NO; en el caso, — de paréntesis (), ponga una cruz dentro del mismo; escriba cuando se encuentre — puntos suspensivos RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. SEA SINCERO.

I. DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre y apellidos del niño
- 2.- Fecha de nacimiento
- 3.- Edad actual: Años y meses.
- 4.- ¿Qué estudia el niño?
- 5.- ¿En qué centro?
- 6.- ¿A qué edad comenzó a ir al colegio o guardería?
- 7.- ¿Número total de hermanos, incluido el niño?
- 8.- ¿Lugar que ocupa entre los hermanos (primero, segundo, etc.)
- 9.- Indique por orden nacimiento, el nombre y la edad de todos sus hijos:
.....
.....
- 10.- ¿Con quién vive el niño, en el momento actual?
☐ Con el padre y la madre
☐ Con los hermanos
☐ Con la madre
☐ Con el padre
☐ Con los abuelos : ☐ maternos ; ☐ Paternos
☐ Con otras personas. ¿Quiénes?
☐ En una institución o colegio. ¿Cuál?
- 11.- Si el niño no vive con los padres, indique si es por alguno de los siguientes
☐ Por razones de trabajo
☐ Por motivos económicos

- ☐ Enfermedad grave del padre.
- ☐ Enfermedad grave de la madre.
- ☐ Separación de los padres.
- ☐ Muerte de la madre.
- ☐ Muerte del padre
- ☐ Abandono del padre
- ☐ Abandono de la madre
- ☐ Padres solteros
- ☐ Otras razones. ¿Cuáles?

.- Nombre del Padre Edad

- a) Profesión
- b) Trabajo actual
- c) Horario del trabajo
- d) ¿Está en paro? : SI NO ¿Desde cuándo?
- e) Estudios realizados

.- Nombre de la Madre Edad

- a) Profesión
- b) Trabajo actual
- c) Horario del trabajo
- d) ¿Está en paro? : SI NO ¿Desde cuándo?
- e) Estudios realizados

.- ¿Trabaja alguien más en la familia? SI NO ¿Quién?

- Con sus ingresos económicos actuales ¿viven?:

- ☐ Muy cómodamente.
- ☐ Desahogadamente
- ☐ Con ciertas dificultades
- ☐ Con serios problemas.

16.- ¿La casa en la que viven es ?:

- () Propia en su totalidad
- () Propia, pero sin terminar de pagar
- () Alquilada.
- () Prestada por algún familiar o amigo.

17.- Dirección Tfno.
 Distrito Postal

II. ENTORNO FAMILIAR

1.- ¿Ha vivido con el niño alguna persona que ahora no vive en la casa? SI NO

- a) ¿Quién?
- b) ¿Desde que el niño tenía años y meses, hasta los a~
y meses.

2.- Seguidamente, le presentamos algunas situaciones que han podido influir en la vida del niño. Indique la edad del niño cuando ésto sucedió:

- () Nacimiento de un hermano o hermana ¿Edad?
- () Cambio de domicilio ¿Edad?
- () Cambio de colegio ¿Edad?
- () Muerte de algún familiar o persona que
el niño conocía ¿Edad?
- ¿Quién?
- () Enfermedad grave del niño ¿Edad?
- () Enfermedad del padre ¿Edad?
- () Enfermedad de la madre ¿Edad?
- () Separación de los padres ¿Edad?
- () Abandono del padre ¿Edad?
- () Abandono de la madre ¿Edad?
- () Otros
..... ¿Edad?

- .- Valore cómo son, a su juicio, las relaciones afectivas entre los diferentes miembros de la familia. Utilice la siguiente puntuación (Rodee con un círculo la que Vd. juzgue más exacta)

Malas = 0 ; Regulares = 1 ; Buenas = 2 ; Muy Buenas = 3

- a) Relación entre el padre y la madre : 0 1 2 3
 b) Relación entre el padre y el niño : 0 1 2 3
 c) Relación entre la madre y el niño : 0 1 2 3
 d) Relaciones entre el niño y sus hermanos (escriba el nombre del hermano/a)

Nombre 0 1 2 3

Nombre 0 1 2 3

Nombre 0 1 2 3

- e) Relaciones entre el niño y otras personas que vivan en la casa (escriba de qué personas se trata)

¿Quién? 0 1 2 3

¿Quién? 0 1 2 3

- .- Aproximadamente ¿Cuántas horas están con su hijo cada día?

a) Padre horas Madre horas

- .- ¿Cuántas horas dedican a jugar o a hablar con su hijo?

a) Cada día: el padre horas la madre horas

b) Los fines de semana: el padre horas. la madre horas

- .- ¿Quién se ha encargado principalmente de criar y educar al niño hasta ahora?

() El padre y la madre por igual

() Casi siempre la madre.

() Casi siempre el padre.

() Los abuelos

() Otras personas. ¿Quiénes?

- .- ¿Quién o qué personas atienden al niño a diario?

.....

8.- ¿Están los padres de acuerdo en la manera de educar al niño?

- () Nada de acuerdo
- () Un poco de acuerdo
- () Bastante de acuerdo
- () Totalmente de acuerdo.

9.- ¿Cómo se comportan los padres con el niño? ¿Hay diferencias entre ellos en forma de tratarlo?

- () Lo tratamos prácticamente igual
- () Hay algunas diferencias
- () Existe mucha diferencia

III.- FACTORES SITUACIONALES

1.- Su vivienda actual se encuentra:

- () En un edificio nuevo
- () En un edificio viejo bien acondicionado
- () En un edificio viejo mal acondicionado

2.- ¿Cómo es su vivienda?

- () Posee cuarto de baño completo
- () Salón y dos habitaciones
- () Salón y tres habitaciones
- () Salón y cuatro o más habitaciones.

3.- ¿Considera Vd. que su vivienda es? :

- () Nada confortable.
- () Poco confortable.
- () Bastante confortable.
- () Muy confortable.

4.- ¿Le gustaría vivir en otro sitio? SI NO ¿Dónde?

..... ¿Por qué?

.....

5.- ¿Dónde duerme el niño?

- () Tiene una habitación para él solo
 () Comparte la habitación. ¿Con quién?
 () Duerme solo en una cama.
 () Comparte la cama . ¿Con quién?
 () Duerme en litera: () Superior / () Inferior.
 - ¿Quién duerme en la otra litera?

6.- ¿Puede encender la luz de la habitación desde la cama? SI NO

7.- ¿El cuarto de baño está cerca de la habitación? SI NO

8.- ¿Cuándo viene alguna visita?

- () Duerme en la habitación del niño en otra cama
 () Duerme en la misma cama con el niño
 () El niño es trasladado a otra habitación para dormir.
 - ¿Con qué personas se acostumbra a hacer esto?

9.- ¿Acostumbran a pasar fuera los fines de semana? SI NO

- ¿Dónde y con quién duerme el niño en tales casos?

0.- ¿Qué utiliza para proteger el colchón?

1.- ¿Le pone al niño algo para que empape? SI NO

¿Qué le pone?

.- CONTROL DE ESFINTERES

1.- ¿Cuándo se hace pis el niño?

- () De día
 () De noche
 () De día y de noche

2.- ¿A qué edad dejó de hacerse pis de día?

3.- ¿En el momento actual se hace caca encima?

SI

NO

() De día

() De noche

4.- ¿A qué edad dejó de hacerse caca? :

- ¿De día? años

- ¿De noche? años

5.- ¿Con qué frecuencia se hace pis en la cama? :

a) ¿Cuántas noches se hace pis en una semana?

b) ¿Cuántas veces cree Vd. que se orina en una noche? :

() Una vez

() Dos veces

() Tres veces o más

() No sé precisarlo

6.- ¿Ha dejado alguna vez de orinarse en la cama durante un periodo superior a seis meses ?

SI

NO

a) ¿Qué edad tenía? ¿Cuánto tiempo estuvo sin orinarse?
 ¿A qué edad volvió a hacerse pis?

7.- Recuerde ¿Cuántas veces ha dejado de hacerse pis en la cama?:

a) En la última semana

b) En los últimos quince días

c) En el último mes

8.- ¿Ha notado algún cambio en las siguientes situaciones? :

a) Si duerme fuera de casa, ¿se orina? :

() Igual () Mas () Menos () Nunca

¿Dónde, o en casa de quién lo ha notado?

b) En vacaciones, ¿se orina? :

() Igual () Mas () Menos () Nunca

¿Lo ha notado Vd. en vacaciones de : Verano, Navidad, Semana Santa? ...

.....

c) ¿Cuándo no tiene colegio, los fines de semana o fiestas, se orina?:

☐ Igual ☐ Mas ☐ menos ☐ Nunca

d) ¿Cuándo tiene exámenes en el colegio, se orina?:

☐ Igual ☐ Mas ☐ Menos ☐ Nunca

e) ¿Cuando hay discusiones entre los padres, se orina?

☐ Igual ☐ Mas ☐ Menos ☐ Nunca

f) ¿Ha notado cambios en alguna otra situación? ¿ En cuál?

.....

- En esa situación, ¿se orina? :

☐ Igual ☐ Mas ☐ Menos ☐ Nunca

.- ¿Qué hace Vd. cuando su hijo se hace pis en la cama?

☐ Lo riño verbalmente.

☐ Le pego unos azotes

☐ Lo castigo. ¿Qué castigos utiliza?

.....

☐ Hago que se lave su ropa (pijama, calzoncillos, bragas, etc.)

☐ Le mando retirar las sábanas sucias

☐ Le mando hacer su cama

☐ Lo comento delante de sus hermanos.

☐ Lo comento delante de sus amigos.

☐ No le doy importancia y no digo ni hago nada.

- ¿Qué otras cosas hace Usted?

.....

.- Con estas acciones, ¿ha observado Vd. si su hijo ha mejorado? :

☐ Nada ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho

.- ¿Comenta con frecuencia el problema del pis ? : SI NO

☐ En casa, ante padres y hermanos

☐ con otros familiares. ¿Quiénes?

☐ Con otras personas ¿Quiénes?

11.- ¿Cómo reacciona el niño cuando se hace pis en la cama?

- ☐ Se avergüenza
- ☐ Se pone triste
- ☐ Busca excusas
- ☐ se muestra indiferente
- ☐ Otra actitud. ¿Cuál?

12.- ¿Cómo actúan los hermanos cuando el niño se hace pis en la cama?

- ☐ Lo riñen
- ☐ Se burlan y le insultan
- ☐ Lo ignoran
- ☐ Otros. ¿Cuáles?

13.- Cuando su hijo no se hace pis en la cama, ¿Qué hace Vd.?

- ☐ Le digo que estoy contenta
- ☐ Lo felicito por ello
- ☐ Me comporto con él igual que cuando se lo hace
- ☐ Le compro alguna cosa que quiere. ¿Qué?
- ☐ Le doy algo que le hace ilusión. ¿Qué?
- ☐ Lo digo en casa para que lo feliciten.
- ☐ Lo comento ante personas importantes para él. ¿Quiénes?
- ☐ Otros. ¿Cuáles?

14.- Con estas acciones, ¿ha observado Vd. si su hijo ha mejorado? :

- ☐ Nada ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho

15.- ¿Ha llevado al niño al médico de cabecera por este problema? SI NO

- ¿Qué edad tenía el niño cuando consultó por primera vez?
- ¿Qué le dijo?
- ¿Le puso medicación? SI NO ¿Cuál?
- ¿Qué cantidad tomó? ¿Durante cuánto tiempo?

- 16.- En el momento actual, ¿Toma alguna medicación? SI NO
- ¿Cuál?
- ¿Para qué la toma?
- ¿Qué cantidad toma?
- 17.- ¿Ha mejorado el problema del pis con la medicación? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- 18.- ¿Le ha sentado mal la medicación? SI NO
- ¿Cuál? ¿Qué le ocurrió?
-
- 19.- ¿Ha consultado Vd. con otras personas? :
- a) ¿Con un Psicólogo? SI NO
- ¿Qué le dijo el psicólogo?
- ¿Qué tratamiento le puso?
- ¿Mejoró con el tratamiento psicológico?: ..
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho.
- b) ¿Con un Psiquiatra? SI NO
- ¿Qué le dijo el psiquiatra?
-
- ¿Ha mejorado con el tratamiento psiquiátrico? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- c) ¿Ha consultado con otros especialistas? SI NO
- ¿Quiénes?
- ¿Qué le dijeron?
- ¿Hubo mejoría siguiendo sus indicaciones? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- .- ¿Le pide al niño que haga pis antes de acostarse? SI NO
- ¿Ha notado mejoría cuando hace pis antes de irse a la cama? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho

- 21.- ¿Le pide que beba menos líquidos o que no beba? SI NO
- ¿Desde que hora no puede beber?
- ¿Qué líquidos?
- ¿Ha notado mejoría con este sistema?:
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- 22.- ¿Lo despierta por la noche? SI NO
- ¿Cuántas veces? ¿A qué hora?
- ¿Lo hace todas las noches? SI NO
- ¿Lo hace siempre a las mismas horas? SI NO
- ¿Ha notado mejoría? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- ¿Qué hace Vd. si al llamarlo está ya mojado?
-
- 23.- ¿Ha utilizado otros métodos? : ¿Cuáles?
- ¿ Ha notado mejoría? :
- () Nada () Algo () Bastante () Mucho
- 24.- ¿Se despierta el niño a hacer pis sin que lo llamen? :
- () Nunca se despierta solo
- () De vez en cuando
- () Casi siempre se despierta.
- 25.- ¿Se despierta mientras se está haciendo pis? SI NO
- ¿Qué hace entonces el niño?
- 26.- ¿Se despierta cuando ya se ha hecho pis? SI NO
- ¿Que hace el niño si al despertarse está ya mojado?
- 27.- ¿Se despierta por otras razones? SI NO
- ¿Cuáles?

.- ¿Para que su hijo se despierte? :

- () Basta con que lo llame en voz baja
- () Tiene que llamarlo repetidas veces
- () Tiene que moverlo y destaparlo.
- () Lo levanta Vd. sin que se despierte.
- () Aunque lo levanta para hacer pis no se despierta del todo.

.- ANTECEDENTES FAMILIARES

1.- Entre los miembros de la familia, ¿ha habido alguna persona que no controlara la orina después de los cuatro años?

a) El padre : SI NO

- ¿De día o de noche?
- ¿Hasta que edad se hizo pis?
- ¿Cómo dejó de hacerselo?, ¿con qué método?
-

b) La madre : SI NO

- ¿De día o de noche?
- ¿Hasta que edad se hizo pis?
- ¿Cómo dejó de hacerselo?, ¿Con qué método?
-

c) En el momento actual, algún hermano del niño ¿se hace pis? SI NO

- ¿De día o de noche?
- ¿Qué edad tiene?

d) Hermanos/as mayores : SI NO

- ¿De día o de noche?
- ¿Hasta que edad?
- ¿Cómo dejó de hacerselo?

e) Otros familiares: SI NO ¿Quiénes?

- ¿Hasta qué edad?
- ¿Cómo dejó de hacerselo?

2.- ¿Algún miembro de la familia tiene o ha tenido antecedentes psiquiátricos o psicológicos? (Depresiones, ansiedad, etc.)

- ¿Quiénes?

- ¿Qué problema?

VI.- FACTORES EVOLUTIVOS

1.- ¿El embarazo de su hijo fue normal? SI NO

- ¿Qué problemas hubo?

.....

2.- ¿El parto fue normal? SI NO

- ¿Qué problemas hubo?

.....

3.- ¿Hubo algún problema durante la lactancia? SI NO

- ¿Cuál?

4.- ¿Qué enfermedades ha tenido además de las normales en los niños?

.....

- ¿Qué edad tenía?

5.- ¿Ha sufrido operaciones? SI NO

- ¿Cuáles?

- ¿A qué edad?

6.- ¿Tiene algún problema médico en el momento actual? SI NO

- ¿Cuál?

7.- ¿Tiene algún problema psicológico o psiquiátrico en el momento actual? :

SI NO ¿Cuál?

- 8.- ¿A qué edad empezó a andar?
- 9.- ¿A qué edad comenzó a hablar? : Palabras sueltas
 - Frases con sentido (de tres o más palabras)
- 10.- ¿Ha tenido problemas con la alimentación? SI NO
 - ¿Cuáles?
- 11.- Indique si su hijo sabe realizar las siguientes cosas, y a qué edad aprendió:
- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse solo | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Lavarse los dientes | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Lavarse la cara | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Lavarse las manos | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Bañarse solo | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Lavarse la cabeza | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Peinarse solo | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Comer solo | ¿Desde que edad? |
| <input type="checkbox"/> Manejar cuchillo y tenedor | ¿Desde que edad? |
- 12.- Indique de todos estos hábitos:
- a) Cuáles realiza a diario, sin ayuda y sin que se lo manden

- b) Cuáles realiza con ayuda

- c) Cuáles tiene Vd. que ordenar que haga

- 3.- Señale aquellos hábitos que menos le gusta hacer

- 4.- ¿Sabe realizar las siguientes funciones de aseo?
- ☐ Orinar en el water.
- ☐ Limpiarse con papel higiénico
- ☐ Tirar de la cisterna
- ☐ Lavarse en el bidet

- 15.- ¿Dónde orina el niño habitualmente en el water o en el orinal?
-
- 16.- ¿Quién o quiénes han enseñado al niño los hábitos relacionados con el aseo
sonal?
-
- 17.- ¿Cree Vd. que su hijo quiere dejar de hacerse pis? SI NO
- ¿Por qué?
-
- 18.- Según su criterio, ¿Qué ventajas tendría el niño si dejara de hacerse pis?
-
-
- 19.- ¿Que perdería si deja de orinarse?
-
- 20.- En el último mes, ¿Cuántas veces ha dicho su hijo que quiere dejar de hace
pis en la cama?
-
- 21.- ¿Le ha dicho su hijo a alguien, además de a Vds., que no quiere hacerse pis
- SI NO
- ¿A quién o quiénes?
-
- 22.- ¿Cree Vd. que a su hijo le da igual estar seco que mojado? SI NO
- ¿Por qué ?
-
- 23.- ¿Están el padre y la madre de acuerdo en seguir un tratamiento psicológico?
- SI NO
- ¿Por qué?
-

OBSERVACIONES

Incluya en este apartado cualquier dato que no haya encontrado recogido en este cuestionario y que considere de interés.

REGISTRO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA

363

A continuación presentamos una lista de problemas de conducta que presentan algunos niños. Lea con atención e indique con qué frecuencia ocurren en su hijo (hija). Para responder ponga una cruz en la casilla correspondiente. Conteste con sinceridad y RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.

	No ha ocurrido nunca	Alguna vez	Varias veces	Con mu- cha fre- cuen- cia.	P
1.- Tiene que hacer lo que quiere inmediatamente					
2.- Es descarado con las personas mayores					
3.- No obedece a los padres					
4.- Pierde la paciencia por cosas sin importancia					
5.- Pega o molesta a los demás niños sin razón .					
6.- Insulta a los demás niños					
7.- Grita con facilidad					
8.- Es terco y testarudo					
9.- Coge rabietas cuando no consigue lo que quiere					
10.- Es amigo de las peleas					
11.- Cambia bruscamente de humor					
12.- Se comporta de modo explosivo					
13.- Es rencoroso					
14.- Rompe cosas cuando se enfada					
15.- Disfruta rompiendo lo que cae en sus manos .					
16.- Le gusta dirigir y mandar en los juegos ...					
17.- Siempre quiere tener razón					
18.- Contesta y protesta por todo					
19.- Tiene dificultades de lenguaje					
20.- Tiene dificultades de escritura					
21.- Tiene dificultades de comprensión					
22.- Saca malas notas					
23.- No le gusta ir al colegio					
24.- No presta atención cuando le hablan o expli- can algo					
25.- El profesor se queja de su falta de interés y concentración					

No ha ocurrido nunca	Alguna vez	Varias veces	n mu cha fre cuen- cia	P
----------------------------	---------------	-----------------	---------------------------------	---

- 26.- Se desanima y se da por vencido con facilidad
- 27.- Le cuesta trabajo concentrarse en el estudio
- 28.- Generalmente está cansado
- 29.- Durante el día está como en sueños
- 30.- Se siente desgraciado en el colegio
- 31.- Cuenta historias que no han ocurrido (fanta-
sías)
- 32.- Dice mentiras
- 33.- Coge cosas sin permiso (en casa)
- 34.- Coge dinero en casa
- 35.- Dice que se encuentra cosas, cuando le pregun-
tan que de dónde ha sacado algo
- 36.- Coge dinero u otras cosas en el colegio o en
otros sitios
- 37.- Coge cosas en las tiendas
- 38.- Sale a la calle sin permiso
- 39.- Se ha escapado del colegio
- 40.- Se ha escapado de casa
- 41.- Hace novillos
- 42.- No cumple las normas del colegio
- 43.- No admite que se le mande
- 44.- Desarrolla una actividad excesiva
- 45.- Está inquieto y agitado
- 46.- Actúa como movido por un motor
- 47.- No puede estar quieto durante mucho rato
- 48.- No es capaz de permanecer en el mismo sitio
durante un periodo de tiempo
- 49.- Empieza muchas cosas pero no termina ninguna
- 50.- Está sobreexcitado y nervioso
- 51.- Tiene un sueño agitado.
- 52.- Tiene pesadillas durante el sueño
- 53.- Está triste
- 54.- Le gusta estar y jugar solo
- 55.- Se muestra apático e indiferente
- 56.- No tiene amigos
- 57.- Se asusta ante gente que no conoce

	No ha ocu - rido nunca	Alguna vez	Varies veces	Con mu - cha fre- cuen- cia	P
58.- Se comporta como un niño más pequeño					
59.- No se defiende aunque se metan con él					
60.- Le cuesta hacer amigos					
61.- Cree que los demás no lo quieren					
62.- Prefiere estar con adultos que con niños de su edad.					
63.- Piensa que no vale para nada					
64.- Juega con niños más pequeños					
65.- Los otros niños no quieren jugar con él					
66.- No le gusta dejar sus cosas					
67.- Tiene celos de sus hermanos					
68.- No cuenta cosas de sí mismo por ejemplo del co legio de los amigos					
69.- Es difícil saber que siente					
70.- Le duele la cabeza					
71.- Se despierta por las noches					
72.- Tiene dolores de estómago					
73.- Come con dificultad (no tiene apetito)					
74.- Se muestra ansioso					
75.- Tiene tics y contracciones nerviosas					
76.- Se come las uñas					
77.- Se queja aunque no tenga enfermedad					
78.- Tiene miedo a la oscuridad					
79.- Tiene miedo a estar sólo					
80.- Le dan miedo los ruidos inesperados					
81.- Le dan miedo las sirenas (policía, ambulancias 82.- Tiene miedo de las tormentas					
84.- Describa otros problemas de conducta que Vd. haya observado en su hijo y que no se en- cuentren recogidos aquí					
.....					

E. A. P. E. (ESCALA DE ACTITUDES DE LOS PADRES ANTE LA ENURESIS)

(M.C. BRAGADO)

Nombre y Apellidos del niño

Edad años meses Nº Hª Código

A continuación le presentamos una lista con frases referentes al problema de hacerse pis en la cama. Léalas con atención. Para responder, ponga un círculo alrededor de la palabra SI, si el contenido de la frase expresa lo que Vd. siente. Ponga un círculo alrededor de la palabra NO, si Vd. no está de acuerdo con el contenido de la frase. SEA SINCERO Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- Si mi hijo se esforzara sólo un poco, los demás nos ahorraríamos el problema de la cama mojada. | SI | NO |
| 2.- Creo que el hacerse pis en la cama no es un auténtico problema. | SI | NO |
| 3.- Los niños dejarían de hacerse pis en la cama si lo intentaran con bastante empeño. | SI | NO |
| 4.- Yo me he acostumbrado ya a que la cama esté mojada. | SI | NO |
| 5.- Yo castigo a mi hijo cuando se orina en la cama | SI | NO |
| 6.- El problema de orinarse en la cama, generalmente, se soluciona sólo. | SI | NO |
| 7.- El que mi hijo se orine en la cama es molesto - para las personas que vivimos con él. | SI | NO |

E. A. P. E.

8.- Le hago ver que me decepciona cuando se hace pis en la cama.	SI	NO
9.- El hacerse pis en la cama es una sucia costumbre.	SI	NO
10.- Cuando mi hijo se orina en la cama, le digo que no tiene importancia.	SI	NO
11.- Intento ayudarle a no estar preocupado por hacerse pis.	SI	NO
12.- Yo siento pena por los niños que se hacen pis	SI	NO
13.- Una buena paliza no perjudica a ningún niño que se haga pis y puede hacerle mucho bien.	SI	NO
14.- No comprendo por qué mi hijo no puede dejar de hacerse pis cuando otros niños si pueden.	SI	NO
15.- Intento que mi hijo comprenda que hacerse pis en la cama molesta a los demás.	SI	NO
16.- Es muy molesto ser "un meón".	SI	NO
17.- Creo que los niños que se orinan en la cama, lo hacen para molestar a sus padres.	SI	NO
18.- Los padres no sabemos educar a nuestros hijos para que aprendan a no hacerse pis en la cama	SI	NO
19.- Cuando mi hijo se hace pis en la cama, creo que es porque no se da cuenta.	SI	NO
20.- A partir de los tres años, un niño podría dejar de hacerse pis en la cama si quisiera.	SI	NO

368

APENDICE Nº 3.- GUIA DE ENTREVISTA INFANTIL

=====

GUIA DE ENTREVISTA UTILIZADA CON LOS NIÑOS

=====

Nombre y Apellidos Edad

1.- ¿Por qué vienes?
.....

2.- ¿Qué tal duermes de noche?
.....

3.- ¿Te despiertas durante la noche?: () SI () NO () NO SE
¿Cuándo?

4.- ¿Vas al W.C. a hacer pis durante la noche? : () SI () NO
¿Cuántas veces lo has hecho en la última semana?
.....

5.- ¿Qué piensas de los niños que se hacen pis en la cama?
.....

() No se dan cuenta () No se despiertan
() Están enfermos () Se hacen pis adrede
() Otros

6.- ¿Cuándo duermes más a gusto, cuando la cama está seca o mojada ? .
() Seca
() Mojada
¿Por qué?

7.- ¿Cómo duermes? :
() Solo
() Con alguien

- 8.- ¿Dónde duermes?
- () En una habitación para tí solo.
- () Habitación compartida
- 9.- ¿A qué edad (años) crees tú que un niño debe dejar de hacerse pis en la cama? :
- () Más pequeño que tú Por ej.:
- () A la edad que tu tienes Por ej.:
- () Más mayor que tú Por ej.:
- ¿Por qué?
- 10.- ¿Cómo crees que se puede solucionar ésto del pis?
-
- 11.- ¿Te preocupa hacerte pis? : () SI () NO () ME DA IGUAL
- ¿Por qué?
- 12.- ¿Te molesta hacerte pis? : () SI () NO () ME DA IGUAL
- ¿Por qué?
- 13.- ¿Qué darías tuyo, para dejar de hacerte pis?
-
- 14.- ¿Qué cosas no puedes hacer ahora por hacerte pis?
-
- ¿Haces todo lo que te gustaría o no te dejan hacerlo porque te haces pis?
-
- 15.- ¿Qué cosas te gustaría hacer, si dejas de hacerte pis y que ahora no puedes hacer?
-
- 16.- ¿Saben tus amigos que te haces pis? () SI () NO () ALGUNOS

¿Quiénes?

¿Qué te dicen?

.....

17.- ¿Te molesta que tus amigos lo sepan? () SI () NO () ME DA IGUAL

¿Por qué?

18.- ¿Qué te dicen? :

- Tu madre

- Tu padre

- Tus hermanos

¿ Se hace alguno pís?

8.- BIBLIOGRAFIA
=====

BIBLIOGRAFIA

=====

AGRAS, S.W., KAZDIN, E.A. y WILSON, T.G. : Behavior Therapy. Toward an Applied Clinical Science. Freeman and Company. San Francisco, 1979.

AMON, J. : Estadística para Psicólogos, Pirámide, S.A., Madrid, — 1981 (4ª Edición).

ANGULO, F. : Efectos del Condicionamiento Operante en el Tratamiento de la Enuresis Nocturna. Análisis y Modificación de Conducta, 1978, Vol. 4, nº 6, pp. 203-213.

ARNOLD, E.L. & SMELTZER, D.J. : Behavior Checklist Factor Analysis for Children and Adolescents. Archives of General Psychiatry, 1974, 30 (6), pp. 799-804.

ATTHOME, Jr. J.M. : Controlling Nocturnal Enuresis in Several Disabled and Chronic Patients. Behavior Therapy, 1972, 3, pp. 232-239. En KATZ, R.C. y ZLUNTICK, S. (pp. 95-104) (ed) Pergamon Press, 1975; y en Annual Review of Behavior Therapy, — 1973, pp. 572-581.

ATTHOME, Jr. J.M. : Nocturnal Enuresis & Behavior Therapy: a Functional Analysis, en RUBIN, R.B., HENDERSON, J., FENSTERHEIM, H. & ULLMAN, L.P. (eds.): Advances in Behavior Therapy, vol. 4, — Academic Press, New York, 1973, pp. 263-270.

- AZRIN, N.H., BUGLE, C. y O'BRIEN : Behavioral Engineering: Two Apparatuses for Toilet Training Retarded Children. Journal of Applied Behavioral Analysis, 1971, vol. 4 (3), pp. 249-253. En FRANCK & WILSON, Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice Brunner & Mazel, New York, 1973, (pp. 781-789).
- AZRIN, N.H. ; SNEED, T.J. ; FOXX, R.M. : Dry Bed : A rapid Method of Eliminating Bedwetting (Enuresis) of the Retarded. Behavior Research & Therapy, 1973, Vol. 11, pp. 427-434.
- AZRIN, N.H. y FOXX, R.M. : Toilet Training in Less than a Day. Simon & Schuster, New York, 1974. Traducción Española: Fontanella, Barcelona, 1979.
- AZRIN, N.H., SNEED, T.J. y FOXX, R.M. : Dry-Bed Training: Rapid Elimination of Childhood Enuresis. Behavior Research & Therapy, — 1974, Vol. 12, pp. 147-156.
- AZRIN, N.H. & THIENES, M.P. : Rapid Elimination of Enuresis by Intensive Learning without a Conditioning Apparatus. Behavior Therapy, 1978, 9, pp. 342-354.
- AZRIN, N.H., THIENES HONTOS, P., BESALEL-AZRIN, V. : Elimination of Enuresis without a Conditioning Apparatus: An Extension by Office Instruction of the Child and Parents. Behavior Therapy, 1979, vol. 10, pp. 14-19.
- AZRIN, N.H. y BESALEL, V.A. : Parent's Guide to Bedwetting Control: A Step-by-Step Method. Simon And Schuster, New York, 1979.

BALLER, W. y SCHALOCK, H. : Conditioned Response Treatment of Enuresis. Exceptional Child, 1956, vol. 22, pp. 233-236 y 247-248.

BALLER, W.R. : Bed - Wetting: Origins and Treatment. Pergamon Press New York, 1975.

BACKWIN, H. : The Genetics of Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds.). Bladder Control and Enuresis (pp. 73-77), Lippincott, Co. Filadelfia, 1973.

BAKER, B.L. : Tratamiento de Síntomas y Sustitución de Síntomas en la Enuresis. Journal of Abnormal Psychology, 1969, Vol. 74, (1), pp. 42-49. En ASHEN, A.B. y POSER, G.E. Modificación de Conducta en la Infancia, 2 : Trastornos Emocionales, Fontanella, Barcelona, 1978.

BERG, I., FIELDING, D., MEADOW, R. : Psychiatric Disturbance, urgency and Bacteriuria in Children with Day and Night Wetting. Archives of Disease in Childhood, 1977, vol. 52, pp. 651-657.

BEHRLE, F.E.; ELKIN, M.T. y LAYBOURNE, P.C. : Evaluation of a Conditioning Device in the Treatment of Nocturnal Enuresis. Pediatrics, 1956, 17, pp. 849-854.

BESALEL, V.A., AZRIN, N.H., THIENES, P. - HONTOS y McMORROW, M. : Evaluation of Parent's Manual for Training Enuretic Children. Behavior Research and Therapy, 1980, Vol. 18, pp. 358-360.

- BINDEGLAS, M.D. y GEORGE DEE, PH. D. : Enuresis Treatment with Imipramine Hydrochloride: a 10-years follow-up study. Ann. J. Psychiatry, 1978, 135.
- BLACKWELL, B. y CURRAH, J. : The Psychopharmacology of Nocturnal - Enuresis. En Kolvin, I.; Mc Keith, CR. y Meadow, S.R.: Bladder Control and Enuresis, Lippincott, Co. Filadelfia, 1.973.
- BLOMFELD, J.M. & DOUGLAS, J.W.B. : Bedwetting: Prevalence among children aged 4-7 years. Lancet, 1966, 1, pp. 850-852.
- BOLLARD, R.J. & WOODROFFE, P. : The effect of parent-administered — dry-bed training on nocturnal enuresis in children. Behavior Research & Therapy, 1977, vol. 15, pp. 159-165.
- BOLLARD, J. & NETTELBECK, T. : A comparison of Dry-Bed Training and Standard Urine-Alarm Conditioning Treatment of Childhood Bed - wetting. Behavior Research & Therapy, 1981, Vol. 19 (3), pp. 215-226.
- BONEAU, C.A. : The Effects of Violations of Assumptions Underlying the t-test. Psychological Bulletin, 1960, 57, pp. 49-64.
- BOX, G.E.P. y ANDERSEN, S.L. : Permutation Theory in the Derivation of Robust Criteria and Study of Departures from Assumption. — Journal of The Royal Statistical Society, Series B, 1955, 17, pp. 1-26.
- BRAGADO, M.C. : Incidencia de la Enuresis: un Estudio Piloto. Rv. de Psicología General y Aplicada, 1980, Vol. 35 (5), pp. 883-899.

- BROWNING, R.M. : Operantly Strengthening UCR (Awakening) as a Pre-requisite to Treatment of Persistent Enuresis. Behavior Research & Therapy, 1967, Vol. 5, pp. 371-372.
- BRAZELTON, B.T. : Is Enuresis Preventable?. En Kolvin, I., MacKeith C.R., Meadow, R.S. (eds). Bladder Control And Enuresis (p. 281-288) Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- BUBEL, O.S. : Initial Response to Select Methods of Treatment for - Nocturnal Enuresis. Dissertation Abstracts International, 1980, Vol. 41 (2), p. 535.
- BUTLER, F.J. : The toilet training Success of Parents after Reading Toilet Training in less than a Day. Behavior Therapy, 1976, 7 pp. 185-191.
- CACERES, J. : A Modification to Mowrer's Bell and Pad in the Treatment of Enuresis. The Behavior Therapist, 1979, Vol. 2 (5), p. 31.
- CACERES, J. : Comparación de la Eficacia de dos Métodos de Tratamiento de la Enuresis. Rv. de Psicología General y Aplicada, 1980, Vol. 35 (4), pp. 597-616.
- CIMINERO, A.R. y DOLEYS, D. : Childhood Enuresis : Considerations in Assessment. Journal of Pediatric Psychology, 1976, Vol. 4, pp. 17-20.
- COLLINS, R.W. : Importance of the Bladder -Cue Buzzer Contingency in the Conditioning Treatment for Enuresis. Journal of Abnormal Psychology, 1973, Vol. 82, (2), pp. 299-308.

- COLLINS, R.W. : Applying the Mowrer Conditioning Device to Nocturnal Enuresis. Journal of Pediatric Psychology, 1976, Vol. 4, (1), pp. 27-30.
- COLLINS, R.W. & PLASKA, T. : Mowrer's Conditioning Treatment for Enuresis Applied to Geriatric Residents of a Nursing Home. — Behavior Therapy, 1975, 6, pp. 632-638.
- COMPTON, R.D. : Changes in Enuretics Accompanying Treatment by the Conditioned Response Technique. Dissertation Abstracts, 1968, 28 (7a), 2549.
- COOPER, E.Ch. : Cross-Cultural Aspects of Bedwetting. En Kolvin, I. Mac Keith, C.R. y Meadow, R.S. (eds) Bladder Control And Enuresis (pp. 53-60), Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- COOTE, M. A. : Apparatus for Conditioning Treatment of Enuresis. Behavior Research and Therapy, 1965, 2, pp. 233-238.
- COOTE, M.A. : Comment on "Treatment of Nocturnal Enuresis by Conditioning Technique". Behavior Research & Therapy, 1972, Vol 10 pp. 293.
- CREER, L.T. & DAVIS, H.M. : Using a Staggered-Wakening Procedure with Enuretic Children in an Institutional Setting. Journal of Behavior Therapy & Exp. Psychiat., 1975, Vol. 6. pp. 23-25.
- CROSBY, N.D. : Essential Enuresis: Successful Treatment based on Physiological Concepts. Medical Journal of Australia, 1950, Vol. 2 pp. 533-534.

DAVIDSON, J.R. y DOUGLAS, E. : Nocturnal Enuresis: A Special Approach to Treatment. British Medical Journal, 1950, Vol. 1, pp. 1345-1347.

DE LEON, G. & MANDELL, W. : Comparación del Condicionamiento y de la Psicoterapia en el Tratamiento de la Enuresis Funcional. En Graciano, A.M., Behavior Therapy with Children, Aldine-Atherton, Chicago, 1971. Versión Castellana: Terapéutica de la Conducta en la Infancia. Fontanella, 1977, pp. 320-328.

DISCHE, S. : Management of Enuresis. British Medical Journal, 1971, Vol. 2, pp. 33-36.

DISCHE, S. : Treatment of Enuresis with an Enuresis Alarm. En Kolvin I., Mac Keith, C.R. y Meadow, R.S. (eds), Bladder Control and Enuresis (p. 211), Lippincott Co. Filadelfia, 1973.

DIMITRIOU, E., KONSTAS, K., LOGOTHETIS, J. : Relationship between Parental Attitude towards the Emotionally Disturbed Child and — Nocturnal Enuresis. Behavioral Neuropsychiatry, 1977, Vol. 8, pp. 76-77.

DOLEYS, D.M. y WELLS, C.K. : Changes in Functional Bladder Capacity and Bed-Wetting During and After Retention Control Training: A Case Study. Behavior Therapy, 1975, Vol. 6, pp. 685-688.

DOLEYS, D.M. y CIMINERO, A.R. : Childhood Enuresis: Considerations in Treatment. Journal of Pediatric Psychology, 1976, vol. 4 (1), - pp. 21-23.

DOLEYS, D.M. : Behavioral Treatments for Nocturnal Enuresis in Children, a Review of the Recent Literature. Psychological Bulletin, 1977, Vol. 84 (1), pp. 30-50.

- DOLEYS, D.M. & CIMINERO, A.R., TOLLISON, J.W., WILLIAMS, C.L., WELLS, K.C. : Dry-Bed Training and Retention Control Training: A Comparison. Behavior Therapy, 1977, Vol. 8, pp. 541-548.
- DOUGLAS, B.W.J. : Early Disturbing Events and Later Enuresis. En - Kolvin, I, Mac Keith, C.R. y Meadow, R.S. (eds): Bladder Control and Enuresis (pp. 109-117), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- DUCHE, D.J. : Patterns of Micturition in Infancy. An Introduction - to the Study of Enuresis. En Kolvin, I, Mac Keith, C.R., y Meadow, R.S.: Bladder Control and Enuresis (pp. 23-27). Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- ESPERANCA, M. & GERRARD, J.W. : Nocturnal Enuresis: Studies in Bladder Function in Normal Children and Enuretics. Canadian Medical Association Journal, 1969, Vol. 101, pp. 324-327.
- EPSTEIN, L.H., KATZ, R.C., ZLUTNICK, S. : Behavioral Medicine. En: Hersen, M., Eisler, R.M. y Miller, M.P. (eds), Progress in Behavior Modification (pp. 148-153), Academic Press, New York, 1979.
- FIELDING, D. : A behavioral Analysis of Diurnal and Nocturnal Enuresis. Trabajo presentado en el 1er. CONGRESO MUNDIAL DE TERAPIA DE CONDUCTA, Jerusalem, Julio, 1980b.
- FIELDING, D. : The response of Day and Night Wetting Children and - Children who wet only at Night to Retention Control Training - and the Enuresis Alarm. Behavior Research & Therapy, 1980a, Vol. 18, pp. 305-317.

FINLEY, W.W., BESSERMAN, R.L., BENNETT, F.L., CLAPP, R.K. y FINLEY, P.M. : The effect of Continuous, Intermittent & "Placebo" Reinforcement on the Effectiveness of the Conditioning Treatments for Enuresis Nocturna. Behavior Research & Therapy, 1973, Vol. 11 - pp. 289-297.

FINLEY, W.W. & WANSLEY, R.A. : Use of Intermittent Reinforcement in a Clinical Research Program for the Treatment of Enuresis Nocturna. Journal of Pediatric Psychology, 1976, Vol. 4 (1), pp. 24-27.

FINLEY, W.W. & WANSLEY, A.R. : Auditory Intensity as a Variable in the Conditioning Treatment of Enuresis Nocturna. Behavior Research and Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 181-185.

FINLEY, W.W., WANSLEY, R.A. & BLENKARN, M.M. : Conditioning Treatment of Enuresis using a 70% Intermittent Reinforcement Schedule. Behavior Research & Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 419-427.

FORRESTER, R.M., STEIN, Z. y SUSSEY, M.W. : A trial of Conditioning Therapy in Nocturnal Enuresis. Developmental Medicine & Child Neurology. 1964, Vol. 6, pp. 158-166.

FORSYTHE, W.I. & REDMON, A. : Enuresis and Spontaneous Cure Rate - Study of 1129 Enuretics. Archives of Disease in Childhood, 1974 Vol. 49, pp. 259-263.

FOXX, R.M. & AZRIN, N.H. : Dry Pants: A rapid Method of Toilet Training Children. Behavior Research & Therapy, 1973, Vol. 11, pp. 435-442.

FREYMAN, R. : Experience with an Enuresis Bell-Apparatus. Medical Offr., Vol. 101, pp. 248-250, 1959.

FREYMAN, R. : Follow-up Study of Enuresis Treated with a Bell-Apparatus. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1963, Vol. 4 pp. 199-206.

FRIED, R. : A Device for Enuresis Control. Behavior Therapy, 1974, Vol. 5, pp. 682-684.

GENOUVILLE, : Incontinence d'urine. L'Association Française - D'Urologie, 1908, Vol. 12, pp. 97-107. (Citado en MOWPER y MOWPER, 1938).

GEPPERT, T.V. : Management of Nocturnal Enuresis by Conditioned Response. Journal of The American Medical Association, 1953, vol. 152, pp. 381-383.

GILLISON, T.H. y SKINNER, J.L. : Treatment of Nocturnal Enuresis by the Electric Alarm. British Medical Journal, 1958, Vol. 2, pp. 1268-1272.

GLASGOW, R.E. y ROSEN, G.M. : Behavioral Bibliotherapy: A Review of Self-Help Behavior Therapy Manuals. Psychological Bulletin, — 1978, Vol. 85, pp. 1-23.

GLASS, V.G. y STANLEY, C.J. : Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales. Prentice Hall Internacional, Madrid, 1980.

GRAHAM, Ph. : Enuresis : A Child Psychiatrist's Approach. En Kolvir I., Mac Keith, C.R. y Meadow, R.S. (eds): Bladder Control and Enuresis (p.276-280), Lippincott Co. Filadelfia, 1973.

- GRAHAM, Ph. : Depth of Sleep and Enuresis : A critical Review. En-
KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S., Bladder Control -
and Enuresis, (pp. 78-83), Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- GRAÑA, J.L. y CARROBLES, J.A. : Enuresis y Desarrollo de la Capaci -
dad Funcional de la Vejiga: Estudio Comparativo con 3 Tratamien
tos Conductuales. Estudios de Psicología, 1980, Vol. 3, pp.
29 - 40.
- HALLGREN, B. : Enuresis: A Clinical and Genetic Study. Acta Psychiatrica
Neurologica Scandinavica, 1957, Vol. 32, Suplemento (114), pp.
1-158.
- HANSEN, D.G. : Enuresis Control Through Fading, Escape and Avoidance
Training. Journal of Applied Behavior Analysis, 1979, Vol. 12,
(2), pp. 303-307.
- HANSON, H.R., MYERS, C.J. y SCHWARZKOPF : A Durable Enuresis Alarm:
An improved Model. Behavioral Engineering, 1978, Vol. 4 (4), -
pp. 113-114.
- HARRIS, L.S. & PURCHIT, A.P. : Bladder Training & Enuresis a Control-
led Trial. Behavior Research & Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 485-
490.
- HULL, C.L. : A Behavior System. Yale Universidad Press, New Haven,
1952.
- HUNDZIAK, M., MAURER, R.A. y WATSON Jr., L.S. : El Condicionamiento -
Operante en la Educación del Control de Esfínteres en Niños Re-
trasados Profundos. En GRAZIANO, A.: Terapéutica de la Conducta
Infantil (pp. 102-108), Fontanella, Barcelona, 1977.

- JEHU, P., MORGAN, R.T.T. & TURNER, R.K., JONES, A. : A controlled trial of the Treatment of Nocturnal Enuresis in Residential — Homes for Children. Behavior Research & Therapy, 1977, Vol. 15, pp. 1-16.
- JENKINS, W.O. y STANLEY, J.C. : Partial Reinforcement: A Review and Critique. Psychological Bulletin, 1960, Vol. 47, pp. 193-234.
- JONES, G.H. : The Behavioral Treatment of Enuresis Nocturna. En — EYSENCK, H.J.: Behaviour Therapy and the Neuroses . (pp. 337-403), Pergamon Press, London, 1960.
- JONGE de, G.A. : Epidemiology of Enuresis: A Survey of the Literature. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds): Bladder Control and Enuresis (pp. 39-46), J.B. Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- JONGE de, A.G. : The Urge Syndrome. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds). Bladder Control and Enuresis (pp. 66-72) J.B. Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- KASHINSKY, W. : Two Low Cost Micturation Alarms. Behavior Therapy, 1974, Vol. 5, pp. 698-700.
- KAZDIN, E.A. y WILSON, T.G. : Evaluation of Behavior Therapy : Issues, Evidence and Research Strategies. Ballinger Publishing Co Cambridge, Massachusetts, 1978.
- KAZDIN, E.A. y WILSON, T.G. : Childhood Disorders: Enuresis & Conduct Problems. En Evaluation of Behavior Therapy (pp. 88-96), Ballinger Publishing Co., Cambridge, 1978.

- KIMBLE, A.G. : Condicionamiento y Aprendizaje (Hilgard y Marquis). Trillas, México, 1971 (Original, 1961).
- KIMMEL, H.D. y KIMMEL, E. : An Instrumental Conditioning Method for the Treatment of Enuresis. Journal Behavior Ther. & Exp. Psychiat. 1970; Vol. 1, pp. 121-123.
- KOLVIN, I., GARSIDE, F.R., TAUNCH, J., CURRAH, J. & MC NAY, A.R. : Feature Clustering and Prediction of Improvement in Nocturnal - Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. and MEADOW, R.S. (eds) Bladder Control and Enuresis (p. 258). Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- KOLVIN, I. & TAUNCH, J. : A Dual Theory of Nocturnal Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds). Bladder Control and Enuresis (pp. 156-172), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- KOLVIN, I., TAUNCH, J., CURRAH, J., GARSIDE, F.F., NOLAN, J., — SHAW, B.W. : Enuresis: A Descriptive Analysis and a Controlled Trial. Develop. Med. Child. Neurol. 1972, Vol. 14, pp. 715 - 726.
- LAMONTAGNE, Y., MARKS, M.I. : Psychogenic Urinary Retention: Treatment by Prolonged Exposure. Behavior Therapy, 1973, Vol. 4. pp. 581-585.
- LASSEN, K.M. & FLUET, R. : Multifaceted Behavioral Intervention for Nocturnal Enuresis. J. Behavior Therapy and Exper. Psychiat. — 1979, Vol. 10, pp. 155-156.

- LINDERHOLM, B.E. : The Cystometric Findings in Enuresis. Journal of Urology, 1966, Vol. 96, pp. 718-722.
- LOVIBOND, S.H. : The Mechanism of Conditioning Treatment of Enuresis Behavior, Research and Therapy, 1963 a, Vol. 1, pp. 17-21
- LOVIBOND, S.H. : Intermittent Reinforcement in Behavior Therapy. Behavior, Research and Therapy, 1963 b. Vol. 1, pp. 127-132.
- LOVIBOND, S.H. : Conditioning and Enuresis, Pergamon Press, London, 1964.
- LOVIBOND, S.H. : Critique of Turner, Young and Rachman's Conditioning Treatment of Enuresis. Behavior, Research and Therapy, 1972, Vol 10, pp. 287-289.
- LUISELLI, J.K., REISMAN, J., HELFEN, C.S. y PEMBERTON, B.W. : Toilet Training in the Classroom; an Adaptation of Azrin y Foxx's Rapid Toilet Training Procedures. Behavioral Engineering, 1979, vol 5 (3), pp. 89-93.
- MAC KEITH, R. : The Causes of Nocturnal Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds). Bladder Control and Enuresis (pp. 173,) Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- MAC KEITH, R., MEADOW, R. y TURNER, K.R. : How Children Become Dry. en KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. Bladder Control and Enuresis. W. Heinemann Me. Books, ltd. LONDRES, 1973, o J. B. Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- MAC CONAGHY, N.A. : A Controlled Trial of Imipramine Amphetamine, Pad-and-bell Conditioning and Random Awakening in the Treatment of Nocturnal Enuresis. Medical Journal of Australia, 1969, vol. 2 pp. 237-239.

- MAHONEY, K., KEITH VAN WAGENEN, & MEYERSON, L. : Toilet Training of Normal and Retarded Children. Journal of Applied Behavior Analysis, 1971, Vol. 4, pp. 173-181.
- MAHONEY, M.J. : Experimental Methods and Outcome Evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, Vol. 46 (4), pp. 660-672).
- MARTIN, B. y KUBLY, D. : Results of Treatment of Enuresis by Conditioned Response Method. Journal of Consulting Psychology, 1955, — Vol. 19, pp. 71-73.
- MATSON, J.L. : Some Practical Considerations for Using the Foxx & Azrin Rapid Method of Toilet Training. Psychological Reports, 1975, Vol 37, pp. 350.
- MATSON, L.J., OLLENDICK, H.T. : Issues in Toilet Training Normal Children, Behavior Therapy, 1977, Vol. 8, pp. 549-553.
- MEADOW, R. : Childhood Enuresis. British Medical Journal, 1970, Vol. 4, pp. 787-789.
- MEADOW, R. : Practical Aspects of the Management of Nocturnal Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds.). — Bladder Control and Enuresis, (pp. 181), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- MILLER, M.P. : An Experimental Analysis of Retention Control Training in the Treatment of Nocturnal Enuresis in two Institutionalized Adolescents. Behavior Therapy, 1973, Vol. 4, pp. 288-294.

- MILLER, W.J.F. : Children who Wet the Bed. En KOLVIN, I, MAC KEITH C.R. and MEADOW, R.S. (eds). Bladder Control and Enuresis. pp. 47-52), J.B. Lippincott Co. Filadelfia, 1973.
- MORGAN, R.T.T. y YOUNG, G.C. : Parental Attitudes and the Conditioning Treatment of Childhood Enuresis. Behavior, Research and Therapy 1975, Vol. 13, pp. 197-199.
- MORGAN, R.T.T. : Relapse and Therapeutic Response in the Condition - ing Treatment of Enuresis: A review of Recent Findings on Inter- mittent Reinforcement, Overlearning and Stimulus Intensity. Be- havior, Research and Therapy, 1978, vol. 16, pp. 273-279.
- MOTTA, R.W. : Factors Related to the Efficacy of Treatment of Enure- sis. Pshychological Reports., 1979, Vol. 44 (3), pp. 1183-1188.
- MOWRER, O.H. y MOWRER, W.M. : Enuresis, a Method for its Study and Treatment. American Journal of Orthopsychiatry, 1938, Vol. 8, pp. 436-459. En KATZ, R.C. y ZLUNICK, S. : Behavior Therapy and Health Care: Principles and Applications. (pp. 41 - 55), Pergamon Press, New York, 1.975.
- MUELLNER, S.R. : The Physilogy of Micturition. The Journal of Urolo- gy, 1951, Vol. 65 (5), pp. 805-810.
- MUELLNER, S.R. : The Voluntary Control of Micturition in Man. Jour- nal of Urology, 1958, Vol. 80 (6), pp. 473-478.
- MUELLNER, S.R. : Development of Urinary Control in Children: a New Concept in Cause, Prevention and Treatmente of Primary Enuresis. Jr. of Urology, 1960, Vol. 84, (6), pp. 714-716

NETTELBECK, T. y LANGELODECKE, P. : Dry-Bed Training without an -
Enuresis Machine. Behavior, Research and Therapy, 1979, Vol.-
17, (4), pp. 403-404.

NORDQUIST, V.M. : The Modification of a Child's Enuresis: Some Res-
ponse-Response Relationships. J. of Applied Behavior Analysis,
1971, Vol. 4, pp. 241-247. En KATZ, R.C. y ZLUNTICK, S. (ed).
Behavior Therapy and Health Care: Principles and Applications.
(pp. 83-94). Pergamon Press, Nueva York, 1975.

O'LEARY, K.D. y WILSON, G.T. : Enuresis and Encopresis, en Behavior
Therapy: Application and Outcome. Prentice Hall, New Jersey,
1975.

PFAUNDLER, M. : Demonstration eines Apparates zur Selbsttätigen Sin-
galisierung Stattgehabter Bettnässung. Verhandlungen der Gesells-
schaft für Kinderheilkunde, 1904, Vol. 21 - pp. 219-220 (Citado
en MOWPER y MOWPER, 1938).

PASCHALIS, A.Ph., KIMMEL, H.D. y KIMMEL, E. : Further Study of Diur-
nal Instrumental Conditioning in the Treatment of Enuresis Noc -
turna. J. Behavior Therapy & Exper. Psychiat., 1972, Vol. 3,
pp. 253-256.

PUMROY, D.K. y PUMROY, S.S. : Observación Sistemática y Técnica de Re-
forzamiento en el Entrenamiento del uso del Retrete. Psycholo -
gical Reports, 1965, vol. 16, pp. 467-471. En ULRICH, R., STACH-
NICK, T. & MABRY, J. : Control of Human Behavior, V.2, Scott, Fo-
resman & Company, 1970. Versión Castellana, Trillas, 1974.

- REMY-ROUX, : Nouvel Appareil Electrique Contre l'Incontinence Nocturne d'Urine. Bulletin et Memoires de la Societé de Médecine de Vancluse. 1908 - 1911, Vol. 2, pp. 337-340. (Citado en Mowrer y Mowrer, 1938).
- ROSS, A.O. : Child Behavior Therapy. Principles, Procedures and Empirical Basis. (pp. 124-147), J. Wiley & Sons, New York, 1981.
- RUTTER, M., YULE, W. & GRAHAM, Ph. : Enuresis and Behavioral Deviance: Some Epidemiological Considerations. En KOLVIN, I., — MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S.: Bladder Control and Enuresis (pp. 137-147), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- SALMON, A.M. : The Concept of Day-Time Treatment for Primary Nocturnal Enuresis. En KOLVIN, I.; MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds). : Bladder Control and Enuresis (pp. 189-193), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- SALMON, A.M.; TAYLOR, C.D. y LEE, D. : On the EEG in Enuresis. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds): Bladder Control and Enuresis (pp. 84-94), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- SAMAAN, M. : The Control of Nocturnal Enuresis by Operant Conditioning. Journal Behavior Therapy And Exp. Psychiat., 1972, Vol. 3. pp. 103-105.
- SACKS, S. y DE LEON, G. : Conditioning two Types of Enuretics. Behavior, Research and Therapy, 1973, Vol. 11 pp. 653-654.
- SACKS, S.; DE LEON, G.; BLACKMAN, S.H. : Psychological Changes Associated with Conditioning Functional Enuresis. Journal Clinic. Psychology, 1974, Vol. 3. pp. 271-277.

- SACKS, S. & DE LEON, G. : Training the Disturbed Enuretic. Behavior Research & Therapy, 1978, Vol. 16, pp. 296-299.
- SCOTT, S.E.Y. : A Surgeon's View of Enuresis. En KOLVIN, I.; MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds): Bladder Control and Enuresis. (pp. 104-106), Lippincott, Co. Filadelfia, 1973.
- SCHAEFER, E.Ch. : Childhood Encopresis and Enuresis: Causes and Therapy. Van Nostrand Reinhold, Co. New York, 1979.
- SCHAEFER, E.Ch. y MILLMAN, H.L. : How to Help Children with Common Problems. (pp. 168), Van Nostrand Reinhold Co., Londres, 1981.
- SCHIFFE, H. : The Analysis of Variance. John Wiley, New York, 1959.
- SEIGER, H.W. : Treatment of Essential Nocturnal Enuresis. Journal of Pediatrics. 1952. Vol. 40. pp. 738-749.
- SHAFFER, D. : The Association between Enuresis and Emotional Disorder: A Review of the Literature. En KOLVIN, I., MAC KEITH, C.R. and MEADOW, R.S. (eds). Bladder Control and Enuresis (pp. 118 - 136), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.
- SILBERSTEIN, R.M. : Enuresis: A Controversial Problem in Child Psychiatry. Child Welfare, 1973, Vol. 52, pp. 367-372.
- SINGH, R.; PHILLIPS, D.; FISHER, C.S. : The Treatment of Enuresis by Progressively earlier Waking. Jour. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 1976, Vol. 7, pp. 277-278.

- SINGH, B.S.; NIGAM, A.; LIVIL; MEHROTRA, N.S. & SRIVASTAVA, R.J. :
Medical Psychological & Combined Therapy in the Cases of Enuresis: A comparative Study. Indian Jr. Clinical Psychology, 1980
Vol. 7 (2), pp. 99-102.
- SMITH, P.S. & SMITH, I.J. : Chronological Age and Social Age as Factors in Intensive Daytime Toilet Training of Institutionalized Mentally Retarded Individuals. Journal of Behavior Therapy and Exp. Psychiat., 1977, Vol. 8, pp. 269-275.
- SMITH, P.S. : A Comparison of Different Methods of Toilet Training - the Mentally Handicapped. Behavior, Research and Therapy, 1979, Vol. 17, pp. 33-43.
- SPELTING, M. : Dynamic Considerations and Treatment of Enuresis. Jr. of the American Academy of Child Psychiatry, 1965, Vol. 4, pp. 19-31.
- STARFIELD, B. : Functional Bladder Capacity in Enuretic and Nonenuretic Children. Journal of Pediatrics. 1967, Vol. 70 (5), pp. 777-781.
- STARFIELD, B. & MELLITS, E.D. : Increase in Functional Bladder Capacity and Improvements in Enuresis. The Journal of Pediatrics. 1968, Vol. 72 (4), pp. 483-487.
- STEDMAN, J.M. : An Extension of the Kimmel Treatment Method for Enuresis to an Adolescent: A Case Report. Jr. Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 1972, Vol. 3, pp. 307-309.

STEWART, M.A. : Treatment of Bedwetting. Journal of the American Medical Association, 1975, Vol. 232, pp. 281-283.

STEWART, M.A. & GATH, A. : Psychological Disorders of Children. A - Handbook, for Primary Care Physicians. (pp. 129-140), Williams & Wilkins, Baltimore, 1978.

TAYLOR, F.O. : A Scheme for the Treatment of Enuresis by Electric - Buzzer Apparatus. Medical Offr. 1963, vol. 110, pp. 139-140.

TAYLOR, P.D., TURNER, R.K. : A Clinical Trial of Continuous Intermittent and Overlearning "Bell and Pad" Treatments for Nocturnal Enuresis. Behavior Research & Therapy, 1975, Vol. 13, pp. 281 - 293.

TOUGH, J.H.; HAWKINS, R.P.; MC ARTHUR, M.M. y RAVENSWAAY, S.V. : Modification of Enuretic Behavior by Punishment. A new Use for an Old Device. Behavior Therapy, 1971, Vol. 2, pp. 567-574.

TROUP, Ch. W. & HODGSON, N.B. : NOcturnal Functional Bladder Capacity in Enuretic Children. The Journal of Urology, 1971, Vol. 105, January, pp. 129-132.

TURNER, K.R. : Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis: Present Status. En KOLVIN, I.; MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds) — Bladder Control and Enuresis, (pp. 195-209), Lippincott, Co. Philadelphia, 1973.

TURNER, R.K. & YOUNG, G.C. : CNS Stimulant Drugs & Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis: A long term follow-up Study. Behavior, Research and Therapy. 1966, vol. 4, pp. 225-228.

- TURNER, R.K.; YOUNG, G.C. y RACHMAN, S. : Treatment of Nocturnal Enuresis by Conditioning Techniques. Behavior Res. & Therapy, 1970 Vol. 8 - pp. 367-381.
- TURNER, R.K.; RACHMAN, S. y YOUNG, G. : Conditioning Treatment of Enuresis: a Rejoinder to Lovibond. Behavior, Research and Therapy, 1972, Vol. 10, pp. 291-292.
- VAN WAGENEN, K.R.; MEYERSON, L.; KERR, J.N. y MAHONEY, K. : Field Trial of A New Procedure for Toilet Training. Journal of Experimental Child Psychology, 1969, Vol. 8 - pp. 147-159.
- WICKES, I.G. : Treatment of Persistent Enuresis with an Electric Buzzer. Archives of Diseases in Childhood, 1958, Vol. 33. pp. 161-164.
- VINCENT, A.S. : The Mechanism of Bladder Control. Ulster Medical Jr. 1959, Vol. 28, pp. 176-187.
- VULLIAMY, D. : The day and Night output of Urine in Enuresis. Archives of Disease in Childhood, 1956, Vol. 31, pp. 439-443.
- WALKER, C.E. : Toilet Training, Enuresis, Encopresis. En MAGRAB, J. R. (ed.): Psychological Management of Pediatric Problems, University Park Press, Baltimore, 1978.
- WILLIAMS, L.C.; DOLEYS, M.D.; CIMINERO, R.A. : A two-year follow-up of Enuretic Children treated with Dry bed training. Jr. Behav. Therapy And Experimental Psychiat. 1978, Vol. 9, pp. 285-286.

YATES, A.J. : Behavior Therapy. Wiley & Sons. New York, 1970. Versión Castellana, Trillas, Méjico, 1973 (Pp. 93-118).

YATES, A.J. : Theory and Practice in Behavior Therapy, John, Wiley & Sons, New York, 1975. Versión Castellana, pp. 79-101, Trillas 1.977.

YEATES, K.W. : Bladder Function in Normal Micturition. En KOLVIN, I MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S.: Bladder Control and Enuresis, (pp. 28-38), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.

YEATES, K.W. : Bladder Function: Increased Frequency and Nocturnal - Incontinence. En KOLVIN, I.; MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. : Bladder Control and Enuresis, (pp. 151-172), Lippincott Co. Filadelfia, 1973.

YOUNG, G.C.A. : A Staggered-Wakening Procedure in the Treatment of - Enuresis. Medical Officer, 1964, Vol. 111, pp . 142-143.

YOUNG, G.C. : Conditioning Treatment of Enuresis. Developmental Medicine & Child Neurology, 1965, Vol. 7. pp. 557-562.

YOUNG, G.C. y TURNER, R.K. : C.N.S. Stimulant Drugs and Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis. Behavior Research and Therapy, 1965, Vol. 3. pp. 93-101.

YOUNG, G.C. & MORGAN, R.T.T. : Overlearning in the Conditioning Treatment of Enuresis. Behavior, Research and Therapy, 1972a. Vol. 10 pp. 147-151.

YOUNG, G.C. & MORGAN, R.T.T. : Overlearning in the Conditioning Treatment of Enuresis: a Long-Term Follow-up Study. Behavior, Research and Therapy, 1972**b**.Vol. 10. pp. 419-420.

YOUNG, G.C. & MORGAN, R.T.T. : Conditioning Treatment of Enuresis: Auditory Intensity. Behavior Research and Therapy, 1973**a**.Vol. 11 pp. 411-416.

YOUNG, G.C. & MORGAN, R.T.T. : Childhood Enuresis: Termination of Treatment by Patients. Community Medicine. 1972**c**,vol. 129. pp. 247-250.

YOUNG, G.C. & MORGAN, R.T.T. : Analysis of Factors Associated with the Extinction of a Conditioned Response. Behavior, Research and Therapy, 1973**b**.Vol. 11. pp. 219-222.

YOUNG, G.C. y MORGAN, R.T.T. : Rapidity of Response to Treatment of Enuresis. Developmental Medicine & Child Neurology, 1973**c**.Vol. 15, pp. 488-496.

ZALESKI, A.; GERRARD, W.J. y SHOKEIR, K.H.M. : Nocturnal Enuresis: the importance of a small Bladder Capacity. En KOLVIN, I.; MAC KEITH, C.R. y MEADOW, R.S. (eds) : Bladder Control and Enuresis (pp. 95-101), Lippincott Co., Filadelfia, 1973.

